

CA 1
HW
-N17
c.1
GOVPUB

The National Strategy:

Moving Forward

The 2004 Progress Report on
Tobacco Control

3 1761 11554920 6



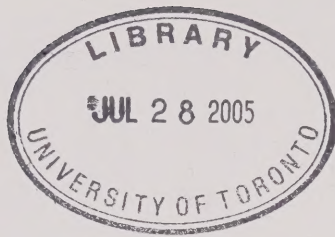
2004

The National Strategy:

Moving Forward

The 2004 Progress Report
on Tobacco Control

2004



Our mission is to help the people of Canada
maintain and improve their health.

Health Canada

Prepared by the Canadian tobacco control community:

The Tobacco Control Liaison Committee of the
Federal Provincial Territorial Advisory Committee on Population Health
and Health Security,
in collaboration with non-governmental organizations.

Published by authority of the
Minister of Health

Également disponible en français sous le titre
*La stratégie nationale : Aller vers l'avant, rapport d'étape 2004 sur la lutte
contre le tabagisme*

This publication can be made available upon request on computer diskette,
in large print, on audio cassette, or in braille.

© Her Majesty the Queen in Right of Canada, 2005

Cat. H46-2/04-385

ISBN 0-662-68641-1

Synopsis

Tobacco control in Canada is holding fast. Reported overall prevalence rates for tobacco use in Canada in 2003 remained at 21% (the level reported for 2002). That the rate has not faltered is in itself encouraging; yet closer scrutiny reveals positive change has taken place in tobacco use on several levels. This document bears good news.

According to the latest results from the *Canadian Tobacco Use Monitoring Survey* (CTUMS), from data collected between February and December 2003, over five million people, representing roughly 21% of the population aged 15 years and older, were current smokers. Of the general population aged 15 years and older, 17% reported smoking daily. This is statistically unchanged from the rates indicated in 2002.

But for the first time in ten years, smoking among youth dropped to a level lower than that of the general population. The decline in smoking among youth 15-19 years old continued in 2003 to 18%, with 12% reporting daily smoking and 7% occasional smoking. This is a decrease from 22% in 2002 and is a ten percentage point improvement from 28% in 1999, when CTUMS was first conducted.

Moreover, greater numbers of Canadians believe smoking should not be allowed in restaurants and bars. In 2003, half (50%) of Canadians who expressed their opinion felt that smoking should not be allowed anywhere in restaurants. This is up from 44% in 2002. Although those in favour of smoke-free bars and taverns still constitute a minority, their ranks also grew from 28% in 2002 to 34% in 2003.

So there is ample reason to celebrate, and at the same time little reason to relax. Tobacco control in Canada is not a simple proposition—but it is a workable one. The potential for success in tobacco control is being fulfilled, and Canada's *National Strategy* is designed to ensure that this success continues.



Digitized by the Internet Archive
in 2022 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761115549206>

Contents

Synopsis	V
Summary	1
Tracking Key Indicators	3
Smoking Prevalence in Canada	3
Tobacco Consumption in Canada	6
Tobacco Use, Health Determinants and Health Disparities	7
A Policy Comparison: Price Elasticity, Second-hand Smoke and Cessation Programming	8
Progress in Strategic Directions	11
Policy and Legislation	11
Cessation, Mass Media and Public Education	13
First Nations, Inuit and Métis	14
Industry Accountability and Product Control	16
Research, Evaluation and Monitoring	17
Building and Supporting Capacity for Action	18
Conclusion	21

Summary

This, the 2004 Progress Report on Tobacco Control, *Moving Forward*, is the fourth report on developments connected to a framework for action against tobacco use which was endorsed and implemented in 1999 by Canada's federal, provincial and territorial Ministers of Health. *New Directions for Tobacco Control in Canada: A National Strategy* emphasizes sustained, comprehensive, integrated and collaborative approaches to reducing tobacco use, and is based upon shared responsibility among all levels of government—federal, provincial, territorial and local—and with non-governmental organizations (NGOs). This Report outlines tobacco control activities undertaken from May, 2003 to May, 2004 in the context of the National Strategy.

The Strategy incorporates four interconnected goals: prevention—keeping youth from starting to smoke; cessation—helping smokers to quit; protection—ensuring smoke-free environments; and denormalization—educating Canadians about the marketing strategies and tactics of the tobacco industry, and the effects the industry's products have upon the health of Canadians. These goals inform the National Strategy's five strategic directions: policy and legislation; public education; tobacco industry accountability and product control; research, evaluation and monitoring; and building and supporting capacity for action.

The 2004 Report constitutes a concise version, as prescribed within the context of the National Strategy's agenda for an annual report on developments—alternating between detailed reporting one year and high level coverage the next. Key indicators—smoking prevalence, tobacco consumption—are derived from 2003 findings in the *Canadian Tobacco Use Monitoring Survey* (CTUMS), which was conducted by Statistics Canada on behalf of Health Canada.

This abbreviated Report offers an overview of progress by outlining a single activity or initiative per federal / provincial / territorial or local government or NGO within areas of endeavour connected to the five strategic directions, as well as management of tobacco use within First Nations, Inuit and Métis communities.

Also this year the Report features a policy comparison examining the impact of price elasticity on consumption and smoking prevalence; as well as a review of health disparities related to gender (i.e., gender differences in tobacco use and sex-specific differences in the health effects of tobacco and exposure).

The requirement to include only a single item per National Strategy stakeholder in this short form report implies that a significant amount of information will be more fully presented in next year's detailed Report. Nevertheless, the 2004 Report aims, by featuring examples of activities connected to a variety of players in the Strategy: to illustrate the range of initiatives required for effective tobacco control; to show the diversity of programmes being carried out within the context of these initiatives; and to underscore the effectiveness that commonality and complementarity, inherent in a national, multi-party strategy, bring to tobacco control.

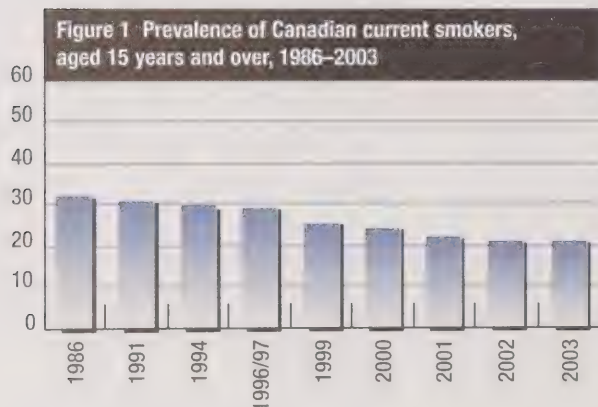
Finally this Report aims to illustrate the requirement for a sustained response to tobacco use, which has persistently rebounded whenever tobacco control efforts slacken. We invite Canadians to look closely at the dynamics of tobacco control in Canada, and to consider the tremendous potential for reducing death and disease caused by tobacco that is being realized—and has yet to be realized—under the auspices of *New Directions for Tobacco Control in Canada: A National Strategy*.

Tracking Key Indicators

Effective tobacco control requires partners to work together towards common goals. It requires integration, coordination and complementarity of a diverse array of strategies. The federal / provincial / territorial governments and tobacco control NGOs play a critical leadership role in achieving national action. This array of strategies, including research, policy and programme components, developed and coordinated at the local, provincial / territorial, national and international levels, is needed to successfully reduce tobacco consumption. When each jurisdiction and organization with an interest in tobacco control is integrated within an overall action plan, then Canada can be seen to be implementing an effective, comprehensive strategy.

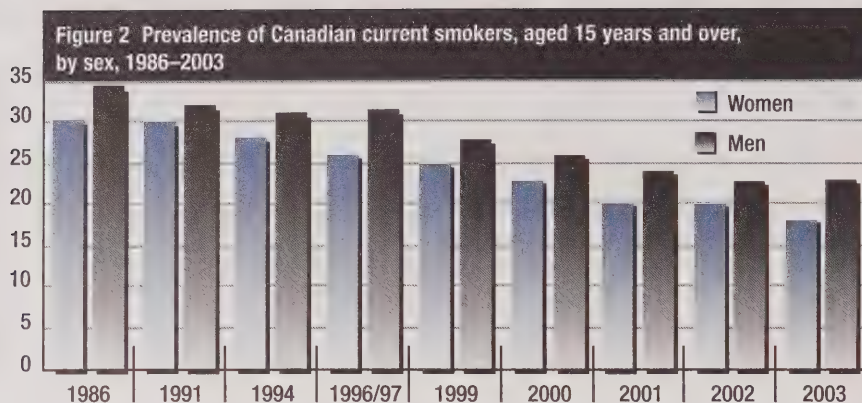
Smoking prevalence in Canada

According to the latest results from the *Canadian Tobacco Use Monitoring Survey* (CTUMS), for data collected between February and December 2003, over 5 million people, representing roughly 21% of the population aged 15 years and older, were current smokers. Of the general population aged 15 years and older, 17% reported smoking daily.



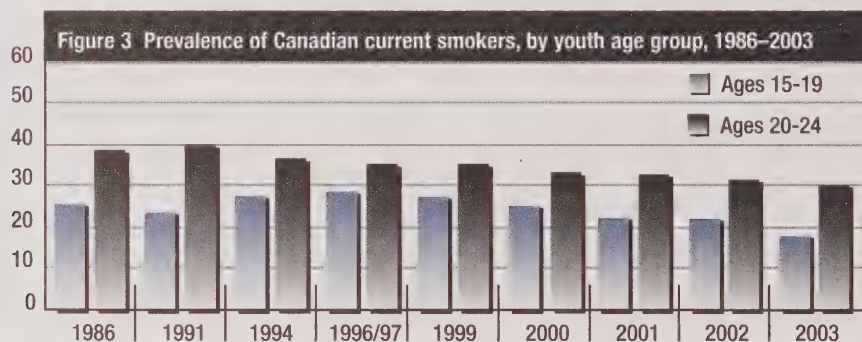
Sources: 1986, Labour Force Survey Supplement; 1991, General Social Survey; 1994, Survey on Smoking in Canada; 1996/97, National Population Health Survey; 1999–2003, Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (Annual).

Approximately 23% of men were current smokers, higher than the proportion of women (18%).



Sources: 1986, Labour Force Survey Supplement; 1991, General Social Survey; 1994, Survey on Smoking in Canada; 1996/97, National Population Health Survey; 1999–2003, Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (Annual).

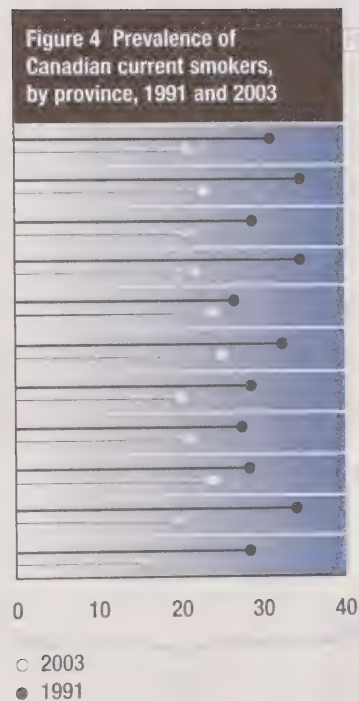
The decline in smoking among youth aged 15–19 years continued in 2003 to 18%, with 12% reporting daily smoking and 7% occasional smoking. This is a decrease from 22% in 2002 and is a ten percentage point improvement from 28% in 1999, when CTUMS was first conducted. Slightly more teen girls reported smoking than boys (20% vs. 17%). However, among daily smokers, boys smoke slightly more cigarettes per day (13.0) than girls (11.7).



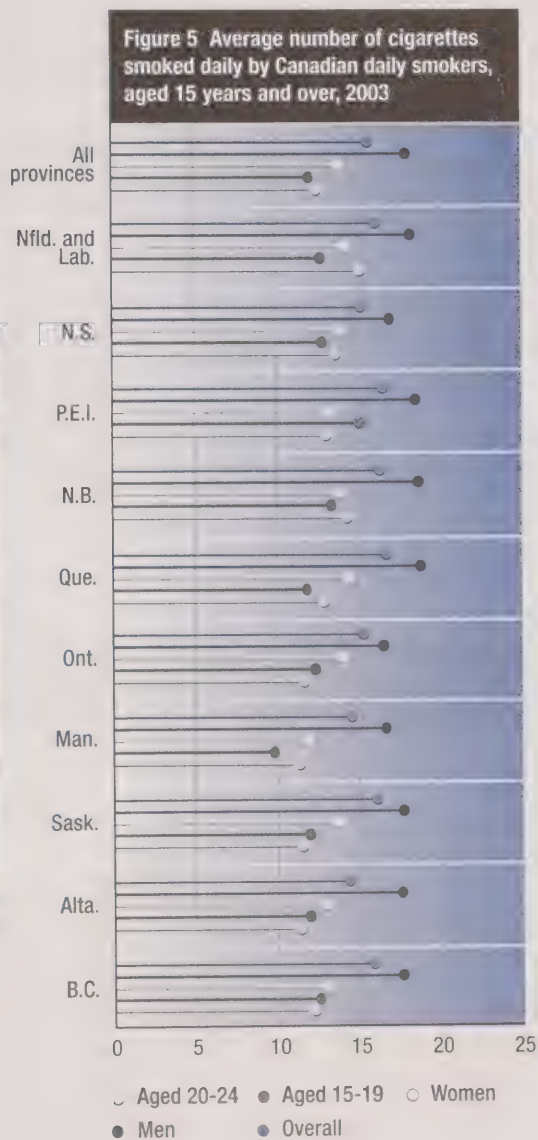
Sources: 1986, Labour Force Survey Supplement; 1991, General Social Survey; 1994, Survey on Smoking in Canada; 1996/97, National Population Health Survey; 1999–2003, Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (Annual).

The prevalence of smoking among young adults aged 20–24 years was reported at 30% for 2003 (21% daily, 9% occasionally), also slightly decreased from the 2002 rate (31%). There is a slight difference in the daily smoking rates between males (23%) and females (19%) aged 20–24 years. Overall, young adults continue to report the highest rate of smoking.

All provinces have witnessed a drop in their smoking rates compared to 1999. In 2003, British Columbia continued to report the lowest rate of current smokers (16%) and Québec had the highest (25%). Québec reported the highest average number of cigarettes consumed per day by daily smokers (16.8), while Alberta reported the lowest average (14.6).



Sources: 1991, General Social Survey; 2003, Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (Annual).

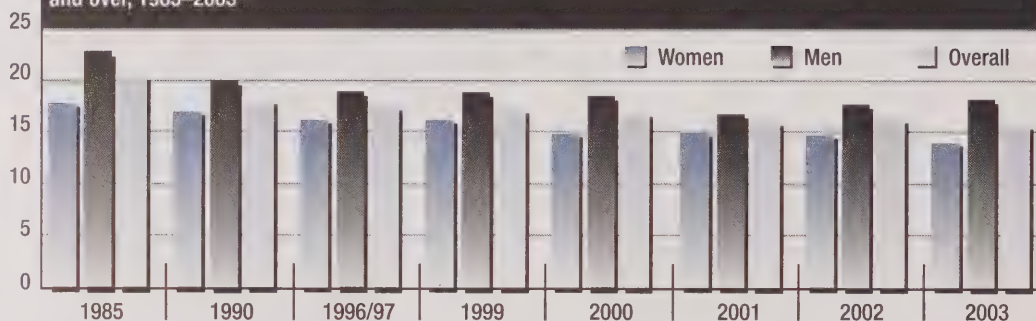


Source: 2003, Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (Annual).

Tobacco Consumption in Canada

Not only are fewer Canadians smoking, but they are also smoking fewer cigarettes on a daily basis. In 1985, daily smokers consumed an average of 20.6 cigarettes per day. Since then, the number of cigarettes smoked has been gradually declining to the current level of 15.9 cigarettes per day reported for 2003. Men continued to smoke more cigarettes than women: 17.3 cigarettes per day for males as compared to 14.0 for females. The majority of Canadian smokers (58%) reported consuming some type of 'light' or 'mild' cigarette, compared to 42% who smoke a 'regular' type of cigarette.

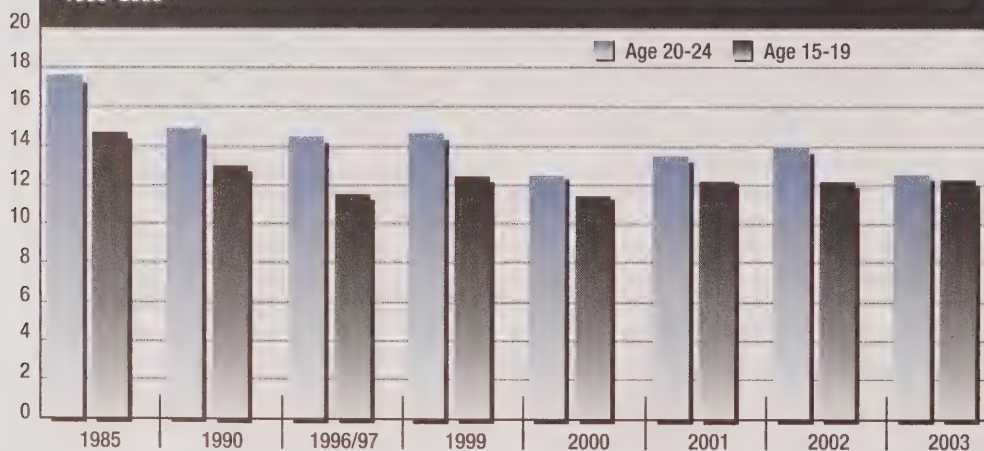
Figure 6 Average number of cigarettes smoked daily by Canadian daily smokers, aged 15 years and over, 1985–2003^a



Sources: 1985 & 1990, Health Promotion Survey; 1996/97, National Population Health Survey; 1999–2003, Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (Annual).

^a Provincial data only

Figure 7 Average number of cigarettes smoked daily by Canadian youth (daily smokers), 1985–2003^a



Sources: 1985 & 1990, Health Promotion Survey; 1996/97, National Population Health Survey; 1999–2003, Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (Annual).

^a Provincial data only

Tobacco Use, Health Determinants & Health Disparities

The determinants of health approach provides a useful framework for examining tobacco use. Determinants of health (factors that interact in complex ways to impact on people's health) include: income and social status; gender; culture; education; and biological and genetic traits. In consideration of continuing disparities in health trends in Canada between males and females, tobacco control experts are investigating gender (the culturally specific set of characteristics that identifies the social behaviour of men and women and the relationship between them) and sex (the biological differences between men and women) factors in tobacco use.

Trends in Smoking Prevalence

Historically, the rate of smoking has been higher among men than it has been among women. Over the last few decades, however, the decline in smoking prevalence has been more pronounced among men. From 1965 to 2003, the rate for men has dropped from 61% to 23%, as compared with 38% to 18% for women during the same period.

The difference in the rate of decline is likely the result of two phenomena: (1) men generally adopted cigarette smoking before women did, and in turn quit smoking earlier relative to women; and (2) a potential peak in female smokers was likely suppressed during the era when more intense tobacco control activities were implemented (e.g. the decline in female smokers was less because the rise in female smokers was less).

Health Consequences of Smoking

While tobacco use has similar health consequences for men and women (i.e., lung and other cancers, cardiovascular disease, stroke, chronic bronchitis and emphysema), some of its effects are sex specific. Men who smoke are at risk for erectile dysfunction and reduced fertility, while women are at risk for increased cardiovascular disease while using oral contraceptives, reduced fertility, cervical cancer, early menopause and bone fractures. Moreover, smoking during pregnancy can result in premature birth, malformation of the fetus, low birth-weight and stillbirth.

Smoking-related Deaths

The number of smoking-related deaths in Canada increased between 1989 and 1998; this increase was steeper among women. During this time period smoking-related deaths rose from 38,357 to 47,581—representing an increase of 9,224—with females accounting for 6,531 of the increase.

This sex difference in smoking-related deaths reflects the smoking behaviour of the population two to three decades earlier. The effect of the drop in tobacco consumption among men, beginning in the mid-1960s, is reflected by a levelling off in the mid-1980s and then a continuous decline in male lung cancer rates. (Lung cancer was the leading cause of smoking-related deaths between 1989 and 1998; cardiovascular disease is now the major cause of smoking related death.) In contrast, women's smoking rates peaked in the late 1970s and declined slightly over the past three decades. Female lung cancer mortality rates more than quadrupled between 1969 and 1998, and can be expected to rise for the next few years before decreasing.

The significant decline in the rate of smoking over the past 40 years will soon be reflected in the rate of smoking-related deaths. While the male smoking-related death rate has already peaked (1988-1989), the rate for females will probably continue to rise, but much more slowly. In addition, it is expected that the rate for lung cancers in females will peak at a level lower than that for males. One of the more likely factors behind this trend is the implementation of tobacco control measures during the 1970s, 1980s, and 1990s.

Tobacco Sales vs. Prevalence Trends

In 2003, in order to determine the impact of changes in price on tobacco consumption and smoking prevalence, Health Canada collected and analysed relevant data (including monthly sales, reported annual prevalence rates, tobacco price indices, surveillance data, etc.) from across Canada for the period between January 1999 and December 2002.

Price Elasticity

Between January 1999 and December 2002 the average price of tobacco products rose by 75% nationally. Provincially, the increase in price ranged from 35% in Newfoundland to 85% in Ontario. During the same period, annual wholesale sales of cigarettes fell by 16% nationally, with a range between 7% (B.C.) and 27% (Quebec).

The point price elasticity of demand (the ratio of percent change in sales divided by the percent change in price, taken between two time periods) at the national level was -0.22, with a range between -0.16 (Ontario) and -0.32 (Quebec). (It must be borne in mind that the point price elasticity of participation is affected by those who quit because of price and those who quit for other reasons [this will be discussed later]).

Prevalence

Analysis of prevalence rates was problematic. The *Canadian Tobacco Use Monitoring Survey* (CTUMS) provided timely, reliable and continual data on tobacco use and related issues between 1999 and 2002, on both semi-annual and annual bases. Analysis of the annual data for the population aged 15 and older indicated that the differences in prevalence rates between 1999 and 2002 were statistically significant at the national level (25% to 21%).

The point price elasticity of participation for each group was -0.21 (Canada), -0.25 (N.B.), and -0.29 (Sask). (Again, the point price elasticity of participation is affected by those who quit because of price, those who quit for other reasons, and those who did not take up smoking because of increased price.)

With respect to those aged 15-19, nationally, prevalence rates fell from 28% in 1999 to 22% in 2002. This is a decline of 21% (six percentage points) and is statistically significant. With respect to youth aged 15-19, the point price elasticity of participation was -0.27. Since provincial prevalence rates are highly variable, analysis of provincial point price elasticities of participation was not performed.

Sales

What the data imply is that, at the national level, for every 10% increase in price, sales declined by 2.2%. The decline in sales results from a combination of reductions in the number of cigarettes smoked by remaining smokers and reductions in the number of smokers. The data imply that, for a 10% increase in price, there will be a 2.1% decrease in prevalence for smokers aged 15 and older. This does not mean that the change in prevalence is 2.2 percentage points (25% to 23%); it means that the difference between the starting and ending prevalences is 2.2% (25% to 24.5%).

Cessation

With respect to quitting, CTUMS indicated that, in 2002, there were approximately 700,000 fewer smokers than in 1999. This number must be interpreted with caution, since smokers and former smokers continue to change their smoking habits on a regular basis.

The CTUMS data provided some insight into motivations for quitting. When asked, "What would it take to quit smoking?", 34% of smokers responded "more willpower". This is contrasted with the 4% who responded "more effective / affordable stop-smoking programmes / cigarette substitutes" and the 6% who responded "increased cost / difficulty affording cigarettes".

This was confirmed in a recent survey of 300 recent quitters, only 10% of whom spontaneously suggested that "cost" was their reason for quitting. With respect to youth aged 15-19, less than 1% responded "increased cost / difficulty affording cigarettes". What this means is that the point price elasticity of participation may be a combination of a price component, approximately 10%, and other causes, 90%.

Analysis Issues

There are other analyses that can be performed, including those for sensitivity, but there are a number of serious data gaps which result from the information not being collected or not being statistically significant. For example, if a province implements a subsidy programme for nicotine replacement therapies, there is currently no national survey that will collect the information necessary

to evaluate this initiative. Indeed, CTUMS indicates that only two provinces have statistically significant reductions in adult prevalence rates. As a result, at present, even provincial strategies cannot be evaluated using CTUMS.

To alleviate many problems inherent in evaluation around the issue of price elasticity of demand it is suggested that, wherever and whenever possible, initiatives be evaluated at the lowest level of implementation. For example, if a province implements a strategy targeted towards youth aged 15-19, then the strategy should be evaluated against its objectives and within the target group.

Broader Issues

With respect to the impact of various strategies and policies (taxes, mass media campaigns, cessation campaigns, regulations, etc.), evaluation and analysis continues to be difficult. In some cases, such as with respect to tax policy, change is instantaneous, given that smokers react as soon as the price goes up or down. The metric used to measure this strategy is sales, and a minimum of three months is required for an impact to be shown.

In other cases, for example with respect to cessation or mass media campaigns, the metrics are numbers of smokers and impacts of the campaigns. Often we use campaign recall or intent to quit as measures of success. While these metrics can be measured within weeks of a campaign's conclusion, they are not wholly accurate measures of actual behaviour. More accurate measures of behaviour are based upon phenomena such as smoking prevalence and numbers of attempts to quit. Moreover, these metrics are usually taken long after cessation or mass media campaigns have concluded (one or more years), when it is difficult to determine whether campaigns have a direct or indirect effect.

Confounding all of this is the fact that interventions occur in groups. Taxes are sometimes raised concurrently with the introduction of a regulation and a new cessation campaign. The net result may be a decline in smokers, generally years after the interventions, when it is next to impossible to attribute which intervention or combination of interventions contributed in what way to the decline.

Progress in Strategic Directions

Policy and Legislation

The intent of the *National Strategy's* Policy and Legislation Strategic Direction is to ensure coordination of tobacco policy, and to ensure implementation of organizational policies and legislation across sectors that support reducing tobacco use.

On the books

Nunavut's *Tobacco Control Act* was proclaimed February 1st, 2004. The Act focuses on protecting Nunavummiut from exposure to second-hand smoke by way of smoke-free public places and workplaces; decreasing access to and supply of tobacco to youth; and curtailing inappropriate messaging to youth about tobacco (by prohibiting candy in the form of tobacco products, for example).

On May 1st 2004 the Workers' Compensation Board of the **Northwest Territories** and **Nunavut** enacted new environmental tobacco smoke regulations under two *Safety Acts*. Enclosed workplaces in both territories became smoke-free on this date. Limited exemptions to the ban include worksites which also serve as private residences, such as hotel rooms, elders' homes and housing units within fly-in mining or other workcamp sites.

In January 2004 the **Newfoundland and Labrador** Department of Justice announced a plan to implement tobacco-free environments at all eight adult custody facilities in the province. Facilities were slated to be fully compliant by May 3, 2004. Implementation comprised a co-ordinated sequence of activities which included educational and smoking cessation programmes and short-term provision of pharmacological aids. Assistance was provided both to employees and inmates. As part of this initiative, tobacco is designated 'contraband' and is prohibited on institutional property. The programme is administered by the Division of Corrections and Community Services, and the Department of Justice has partnered with the Newfoundland and Labrador Lung Association and the John Howard Society to assist with administration.

On March 2, 2004 in **Manitoba**, the Minister of Healthy Living introduced Bill 21 in the legislature. Bill 21, which would see the most comprehensive provincial ban in Canada at time of implementation, called for prohibition of smoking in enclosed public and indoor workplaces where the government has clear jurisdiction, and recognized the cultural significance of tobacco in the lives of Aboriginals (exempting them from the prohibitions in the *Non-Smokers Health Protection Act* when their tobacco use is carried out for a traditional Aboriginal spiritual or cultural practice or ceremony). (Bill 21 passed in Manitoba's legislature on June 10th; *The Non-Smokers Health Protection Act* came into effect on October 1, 2004.)

In the courts

Saskatchewan's *Tobacco Control Act* includes provisions that ban the promotion and display of products in places where youth have access and tobacco is sold. In May of 2002 Rothmans, Benson & Hedges Inc., a tobacco company, filed a suit against the Government of Saskatchewan stating that *The Tobacco Control Act* violates the Canadian Charter of Rights and Freedoms, and that the provisions in the *Act* are inoperative and of no force because of the doctrine of federal paramountcy. (Federal legislation restricts advertising but not the display of tobacco products.)

In September of 2002 the Court of Queen's Bench ruled that the provincial *Act* does not conflict with the federal legislation. Rothmans, Benson & Hedges Inc. was granted right of appeal in October 2002. Rothmans, Benson & Hedges Inc. appealed the paramountcy issue to the Court of Appeal, which heard the appeal in February, 2003.

The Saskatchewan Court of Appeal's decision on October 3, 2003 concluded that there is an operational conflict between the provincial *Tobacco Control Act* and the federal *Tobacco Act*, and declared section 6 of the provincial *Act* inoperative. The Government of Saskatchewan has made an application to the Supreme Court of Canada to hear the case. The Government also applied to a judge of the Court of Appeal for a stay of the decision, to allow the provincial restriction on the display of tobacco to continue in force until the Supreme Court makes a decision. The Court rejected this application on October 27, 2003.

The provincial government then sought a stay of the Saskatchewan Court of Appeal decision from the Supreme Court of Canada. Both the application for leave to appeal and the stay application were directed to be dealt with by a panel of the court. All filings for the applications were completed in early January 2004.

On March 25, 2004, the Supreme Court of Canada granted the leave to appeal the decision of the Saskatchewan Court of Appeal, but denied the province's stay application.

Concurrently the **Canadian Cancer Society (CCS)** continued to advocate for stronger tobacco control legislation at the federal, provincial and local levels. In December of 2003 the CCS filed its written argument in the Quebec Court of Appeal in support of the validity of the federal *Tobacco Act* and *Tobacco Products Information Regulations*. In this case, the tobacco industry is appealing the December 2002 judgement of the Quebec Superior Court that these laws are constitutionally valid.

Cessation and Public Education

The Cessation and Public Education Strategic Direction is intended to make information, services and programmes available and accessible to Canadians. A wide range of cessation programmes and aids is currently available to Canadians through a growing number of sources. In particular a variety of programming is directed at health care professionals, who are often in a

position to support their patients' cessation efforts. Health Canada is working in partnership with provinces, territories, NGOs and regional coalitions to ensure that Canadians have access to effective telephone counselling for smoking cessation. The Canadian Cancer Society, with funding from Health Canada, is furthering this partnership by developing promotional materials for shared use by quitlines across the country. And mass media campaigns, recognized as important means of conveying messaging, continue to be deployed with a view to changing attitudes and, ultimately, effecting behavioural change.

On the front lines

Initiated in February 2000 and funded continually since that time, **Ontario's Leave the Pack Behind (LTPB)** has done a great deal to shed light on the extent and nature of tobacco use among post-secondary students in Ontario.

While the main thrust of the project remains young adult cessation, efforts with campus administrators were intended to encourage and facilitate the development and implementation of campus policies that create or expand smoke-free spaces. It is hoped that increases in recruitment will emerge from the expanded reach of the project's communication campaign.

This campaign makes use of multiple media, including campus radio and print advertisements, and the dissemination of print resources, pamphlets and promotional items. Objectives of the campaign were to denormalize the tobacco industry and promote LTPB programmes and services.

Research has shown that for the time period January to December 2003, 54% of students spontaneously identified LTPB as a source of support for quitting smoking; LTPB has created awareness regarding tobacco cessation in 54,000 out of 84,000 full-time university students and 16,500 college students; and (using a 7-day point prevalence measure) the average number of cigarettes smoked on campus in a week fell from 52.2 at baseline to 36.4 at three-month follow-up, with all interventions producing equivalent reductions.

New Brunswick's cessation working group for the Anti-Tobacco Coalition continues to make progress in building a sustainable, integrated province-wide network with active engagement of all partners.

The Clinical Tobacco Intervention (CTI) Program (*Ask-Advise*) has trained physicians (50) as well as addiction services workers in all regions, the Victorian Order of Nurses staff, nurses and nurse managers, and interdisciplinary teams at two community health centres. In addition, the New Brunswick Dental Society hosted two regional dental workshops and one regional dental hygienist workshop. (Three more regional dental workshops are planned for later in 2004.)

In November 2003, to complement the CTI (*Ask-Advise*) component, the Nurses Association of New Brunswick initiated two additional capacity building efforts: CTI *Assist* training; and *Fresh Start* facilitator group training.

CTI *Assist* training is directed at any helping professionals who wish to more effectively integrate cessation assistance within existing interventions (i.e. brief counselling). Between November 2003 and February 2004, 11 of 14 planned sessions were held across the province, with 225 professionals participating. (CTI *Ask-Advise* is included in the *Assist* sessions.)

Fresh Start is a group cessation programme originally developed by the Canadian Cancer Society. Three facilitator training sessions were held over the course of 2003, with a total of 30 group facilitators trained. The *Fresh Start* sessions included the CTI *Ask-Advise* and *Assist* content.

All of the CTI *Ask-Advise*, CTI *Assist* and *Fresh Start* training efforts included referral to the Smokers' Helpline.

Within the media

Alberta conducted vigorous mass marketing campaigns throughout February and March of 2003. By way of these Alberta Tobacco Reduction Strategy (ATRS) social marketing initiatives, Albertans became aware of the plight and the crusade of Ms. Barb Tarbox. In fact the campaigns and the attention they garnered assisted in the dissemination of Ms. Tarbox's message across Canada.

After being diagnosed in September 2002 with terminal cancer caused by smoking, Ms. Tarbox dedicated the remainder of her life to talking to young people about the dangers of smoking. Ms. Tarbox's support and participation in the ATRS social marketing campaign resulted in much higher than expected reach and message resonance. According to an Ipsos-Reid® evaluation of the ATRS radio and television social marketing campaigns, total proven unaided and aided recall of radio and TV ads was 94%. This means that 9 out of 10 Albertans remembered or recalled the ATRS advertisements. Total proven recall of the ATRS ads was similar among current smokers (95%), former smokers (94%), and non-smokers (93%). And 76% of Albertans reached by the campaigns said that they were effective at raising public awareness about the negative effects of tobacco use.

First Nations, Inuit and Métis

Smoking prevalence is higher within the Aboriginal population for every age group. According to *Smoking Attitudes and Advertising Recall Among First Nation, Inuit and Métis*, Ipsos-Reid®, April 2002, smoking rates by Aboriginal identity (18 years and older) were: First Nations off-reserve, 50%; First Nations on-reserve, 48%; Métis, 48%; and Inuit, 54%. But quit intentions are ubiquitous among Aboriginal smokers. Seven in ten on-reserve First Nations adult smokers (69%) and six in ten Inuit adult smokers (61%) report seriously thinking of quitting smoking; and over 85% of First Nations, Métis and Inuit are very concerned about the impact of second-hand smoke upon their own health and that of their families. (This includes most smokers, but non-smokers and women are especially concerned.)

Youth smoking is a primary concern. The *First Nations Youth Inquiry into Tobacco Use* (the WUNSKA Report, the largest research undertaking amongst First Nations), conducted by the First Nations Social Research Institute in 1997, documented tobacco use among Aboriginal youth in 96 on-reserve communities across Canada. It stated, “The extent of our progress on youth tobacco control issues lies not only with the reduction of smoking prevalence rates amongst youth in general, but in the strategies that we develop to address the important issue of tobacco use for Aboriginal youth. We are encouraging the direct involvement of communities, their families and all levels of government to reduce the alarmingly high smoking rates of this group.”

Though the five Strategic Directions do not specifically address Canada's higher risk Aboriginal population, federal, provincial and territorial governments have been collaborating with First Nations, Inuit and Métis communities to develop comprehensive, integrated and sustainable approaches to tobacco misuse. Furthermore, it is recognized that tobacco control efforts must take into account cultural factors such as the traditional use of tobacco in some Aboriginal cultures. Federal / provincial / territorial strategies are intended to complement and play into the strengths of existing, culturally appropriate community-based programmes, with an emphasis on children and youth, pregnant women, and people exposed to second-hand smoke.

Within the family

British Columbia's Honouring Our Health Aboriginal Tobacco Strategy, the first Aboriginal tobacco strategy in Canada, has as its objective the promotion of the health and well-being of Aboriginal people and their traditions by stopping tobacco misuse. It is an example of a holistic, community developed, community led project that focuses on impacting change in the whole community rather than just on the single smoker. The Honour Your Health Challenge (HYHC), a component of the Strategy, is an innovative six-week programme challenging Aboriginal people to quit or reduce tobacco misuse in the car or at home. In 2003 implementation and effectiveness of the HYHC model in engaging participants, building community capacity and developing supportive networks and partnerships was assessed. Five target groups were surveyed, representing 74% of the total available participants. According to the evaluation, “responses from the surveys showed that participants demonstrated a dramatic increase in knowledge, awareness and access to resources. Participants gave a high rating to the training, and developed new confidence and leadership skills. In addition, community capacity was shown to have increased.”

In the community

Health Canada has mandated a National Advisory Circle to provide advice and expertise on developing a programme framework for tobacco control and its implementation and evaluation in First Nations and Inuit communities. The National Advisory Circle is working with First Nations and Inuit communities to develop evidence-based, culturally appropriate strategies for education,

prevention, protection and smoking cessation. In order to build capacity, Health Canada is partnering with Aboriginal organizations to help develop training and resources for community workers. The initiative this year is building on last year's priorities, promoting smoke-free places and developing cessation strategies. This will be supported by a social marketing plan.

Health Canada is partnering with the Assembly of First Nations and Inuit Tapiriit Kanatami through their participation in the National Advisory Circle. The eight regional offices of Health Canada's First Nations and Inuit Health Branch are funding 163 projects, with over 258 First Nations and Inuit communities involved in community-based projects. These projects provide resources and training for community workers to build and increase capacity via awareness, health promotion, reduction of access by minors, and cessation programmes.

Industry Accountability and Product Control

The Industry Accountability and Product Control Strategic Direction is intended to regulate the manufacturing, marketing and sale of tobacco products. In this regard, in the spring of 2004 Health Canada proposed regulations to address the public health problem resulting from cigarette-started fires.

Smokers' materials are the leading cause of residential fires and fire-related fatalities in Canada each year. From an analysis of Canadian fire statistics for the years 1995-1999, the Canadian Association of Fire Chiefs reported that at least 14,030 fires were started by smokers' materials (including cigarettes, cigars and pipes). These fires killed 356 people, injured 1,615 people and cost more than \$200 million in property damage. The victims of these fires are often among society's most vulnerable: children, the elderly and the financially poor.

After more than 20 years of research (most conducted in the U.S.), Health Canada believes it is possible to reduce cigarette ignition propensity by altering certain design characteristics. Design alterations to reduce the amount of heat generated could include decreasing circumference, decreasing tobacco density and decreasing paper porosity. Decreasing the tobacco density and cigarette circumference would affect the amount of fuel (tobacco) available, and decreasing paper porosity would restrict the flow of oxygen to the fuel. It is likely that a combination of these design changes would be required to meet the ignition propensity standards proposed in these regulations. The ignition propensity standards proposed by Health Canada would apply to all cigarettes manufactured or imported into Canada, starting October 1, 2005.

Research, Pilot Projects, Evaluation and Monitoring

This Strategic Direction is intended to increase knowledge of tobacco and tobacco use, the tobacco industry, effective interventions for tobacco control and health and socio-economic impacts of tobacco use.

While effective tobacco control requires work in all the five Strategic Directions, knowledge forms the foundation for planning interventions and activities in the other four, whether it is the result of research programmes, pilot projects (a form of applied research), evaluation of already existing programmes and services, or monitoring changes to assess progress.

Under the lens

The **Yukon** conducted two important surveys of smoking behaviour in 2003. Firstly, in conjunction with an evaluation of a mass media cessation campaign, the Yukon undertook to determine adult smoking behaviour; a 33% smoking rate was indicated. And for the first time in over ten years, youth smoking behaviour was studied by way of the Yukon Youth Smoking Survey; results will be reported in the 2005 version of this Report.

In 2003 the Legislative Assembly of **Prince Edward Island** asked the Standing Committee on Social Development to explore retail tobacco sales in P.E.I., particularly sales of tobacco in pharmacies. Public consultations concluded with numerous P.E.I. Tobacco Reduction Alliance members, government representatives, tobacco company representatives, citizens, businesses and the pharmaceutical association appearing before the Committee.

In April the Committee presented its report to the P.E.I. legislature. Recommendations included legislation to be introduced as soon as possible:

- prohibiting the sale of tobacco products in hospitals, health facilities, nursing homes, provincial and municipal government buildings, schools and other buildings operated by a school board, post-secondary educational institutions, recreational facilities, athletic facilities, theatres, arcades and amusement parks;
- prohibiting tobacco vending machines and self-service tobacco displays;
- prohibiting visible display of tobacco products in all licensed establishments;
- prohibiting the sale of tobacco products as of June 2005 in pharmacies;
- prohibiting retail display and point of sale signage used to advertise or promote tobacco products in all retail establishments as of January 1, 2006.

The Committee also recommended tobacco signage regulations be reviewed to include a health message regarding the harmful effects of tobacco use, and that the current penalties under the *Tobacco Sales to Minors Act* be reviewed.

In 2003 the **National Cancer Institute of Canada** (NCIC) awarded six research grants or personnel awards relevant to tobacco control, totaling \$578,348. Funding was directed at studies around: the policy process (the role of issue framing in second-hand smoke bylaw development); student, family and school factors affecting adolescent smoking in Canada; reducing smoking in outdoor public places (an environmental design approach); tobacco control policy and smoking cessation (barriers to the use and effectiveness of pharmaceutical cessation aids; the natural history of nicotine dependence; and ecological approaches to preventing cancer and promoting health [an interdisciplinary programme of research with children and youth]).

Also in 2003 the **Canadian Tobacco Control Research Initiative** (CTCRI) awarded 40 grants (totalling \$724,250) addressing subjects as varied as: smoking behaviours among young adults; differences in smoking behaviour by gender; smoking and mental health; effectiveness of health warning messages; social acceptability of tobacco smoking; nicotine addiction; youth smoking; second-hand smoke; cessation programming; pharmaceutical sales of tobacco products; harm reduction (the alteration of tobacco products to potentially reduce harm, and/or the reduced ignition propensity of tobacco products); the role of governments in tobacco control; and links between research, practice and public policy.

Building and Supporting Capacity for Action

The Building and Supporting Capacity for Action Strategic Direction is intended to increase the ability of individuals, health intermediaries and communities at the national, provincial, territorial and local levels to take action. Learning and sharing knowledge gained, outlining approaches and strategies, and formulating and enhancing partnerships will inevitably optimize tobacco control across all of Canada.

Nova Scotia continued to build momentum and support for tobacco-free sports and recreation. In the Spring of 2003, the Cole Harbour Soccer Club (an active youth soccer club within the Halifax regional municipality) became tobacco-free. The club created a policy discouraging club members, coaches and spectators from using tobacco products during practices, games and club events and, with a number of partners, promoted its 'Tobacco-Free Soccer' message. (The major partners were the Southeastern Community Health Board, the ACT initiative [Take Action in your Community against Tobacco], Capital Health, and the Office of Health Promotion.)

The initiative was evaluated through a survey of parents and coaches, and focus groups with players, coaches and the Cole Harbour Soccer Club Executive. Overall, the initiative was successful in achieving a high level of awareness, comprehension and acceptance of the tobacco-free soccer message and policy among parents and coaches, and it has become a model for other youth sport and recreation organizations.

Enabling and Empowering

Young adults are an emerging priority population for tobacco control in Canada. There is growing interest in targeting tobacco control efforts at this population segment because smoking rates are highest among Canada's young adults aged 20–24; they are an important target group for the tobacco industry; and they are an understudied population group in terms of tobacco-related research.

Respecting the Air We Breathe is a project undertaken by the **Canadian Public Health Association** (CPHA) (with funding from Health Canada) to develop second-hand smoke messages that will target young adults. These messages are intended to educate young adults (aged 18–30, smokers and non-smokers) about how to exercise their responsibility to protect others from exposure to second-hand smoke, and their right to breathe smoke-free air.

Phase I of the project examined young adult attitudes, behaviours and values, as well as effective communication strategies for this age group. Activities undertaken during Phase I included: a literature review; stakeholder and young adult surveys; “key informant” interviews; a meeting of experts; and compilation of an inventory of sample young adult messages and delivery channels. (During Phase II, messages will be tested in regional focus groups and, based on findings from the project, recommendations will be made to Health Canada on the most promising messages and message delivery channels.)

Conclusion

The information contained in the 2004 Report indicates that the *National Strategy* is working. Prevalence and consumption are demonstrating a downward trend over time. Youth uptake has in fact reversed. This is remarkable, and has profound implications.

Nonetheless the information also shows that uptake among young adults continues to be high, irrespective of tactics deployed to date. And as the prevalence and consumption for the general population continues to decline, we are steadily approaching a more resistant cluster of Canadian smokers—those who may be heavily addicted and/or may have little to no inclination to quit. The potential exists for general downward trends to level off.

We urge Canadians to consider and reflect upon how the *National Strategy* is impacting the tobacco control landscape, and to see that Canada must not settle, but rather take stock and move forward with a quickened step.

Appendix A

Member List—Federal / Provincial / Territorial Tobacco Control Liaison Committee

Andrew Hazlewood, Co-Chair
Assistant Deputy Minister
Population Health and Wellness
Ministry of Health Services
Government of British Columbia
4-2, 1515 Blanshard Street
Victoria, BC V8W 3C8
Tel: (250) 952-1731 **Fax:** (250) 952-1713
Andrew.Hazlewood@gems4.gov.bc.ca

Hélène Goulet, Co-Chair
Director General
Tobacco Control Programme
Health Canada
P.L. 3507A2, Room D787
MacDonald Building
123 Slater Street
Ottawa, ON K1A 0K9
Tel: (613) 941-1977 **Fax:** (613) 954-2288
helene_goulet@hc-sc.gc.ca

Marlien McKay, NB
Project Manager, Office of Chief Medical Officer of Health
Public Health Management Services
Department of Health and Wellness
Government of New Brunswick
520 King Street, 2nd Floor
P.O. Box 5100
Fredericton, NB E3B 5G8
Tel: (506) 444-4633 **Fax:** (506) 453-8702
marlien.mckay@gnb.ca

Miriam Wideman, NWT
Consultant, Tobacco
Department of Health and Social Services
Government of Northwest Territories
5022-49th Street, Centre Square Tower, 7th Floor
P.O. Box 1320
Yellowknife, NWT X1A 2L8
Tel: (867) 920-8826 **Fax:** (867) 873-0202
Miriam_Wideman@gov.nt.ca

Laurie Woodland, BC

Director

Ministry of Health Services

Population Health and Wellness

Government of British Columbia

4-2, 1515 Blanshard Street

Victoria, BC V8W 3C8

Tel: (250) 952-2847 **Fax:** (250) 952-2279**laurie.woodland@gems6.gov.bc.ca****Lisa Shaffer, PEI**

Community Development/Tobacco Reduction

Public Health and Evaluation Division

Department of Health and Social Services

Government of Prince Edward Island

11 Kent Street, P.O. Box 2000

Charlottetown, PEI C1A 7N8

Tel: (902) 368-6133 **Fax:** (902) 368-4969**llshaffer@ihis.org****John Garcia, ON**

Director, Chronic Disease and Health Promotion Branch

Ontario Ministry of Health and Long Term Care

Tobacco Strategy Unit

Government of Ontario

5700 Yonge Street, 8th Floor

Toronto, Ontario M2M 4K5

Tel: (416) 327-7445 **Fax:** (416) 314-5497**john.garcia@moh.gov.on.ca****Lloyd Carr, AB**

Senior Manager, Tobacco Reduction Unit

Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission

Government of Alberta

10909 Jasper Avenue, 2nd Floor

Edmonton, AB T5J 3M9

Tel: (780) 422-1350 **Fax:** (780) 427-2352**lloyd.carr@aadac.gov.ab.ca****Nancy Hoddinott, NS**

Coordinator, Tobacco Strategy

Nova Scotia Department of Health

Government of Nova Scotia

1690 Hollis Street, 10th Floor

P.O. Box 488

Halifax, NS B3J 2R8

Tel: (902) 424-5962 **Fax:** (902) 424-0663**hoddinnl@gov.ns.ca**

Linda Gama-Pinto, Health Canada
A/Director, Policy and Strategic Planning
Tobacco Control Programme
Health Canada
P.L. 3506B, Room D687
MacDonald Building
123 Slater Street
Ottawa, ON K1A 0K9
Tel: (613) 941-4053 **Fax:** (613) 952-5188
linda_gama-pinto@hc-sc.gc.ca

Bernie Squires, NL
Lifestyle and Health Promotion Consultant
Dept. of Health and Community Services
Government of Newfoundland and Labrador
Prince Philip Drive
Confederation Building, West Block
1st Floor, P.O. Box 8700
St. John's, Newfoundland and Labrador A1B 4J6
Tel: (709) 729-1374 **Fax:** (709) 729-1918
bsquires@mail.gov.nf.ca

Kathy Langlois, Health Canada
Director General
First Nations and Inuit Health Branch
Community Programs Directorate
Health Canada
20th Floor, Room 2039B, Jeanne Mance Building
Tunney's Pasture
Ottawa, ON K1A 0K9
Tel: (613) 952-9616 **Fax:** (613) 941-3710
Kathy_Langlois@hc-sc.gc.ca

Mary Martin-Smith, SK
Director, Population Health Branch
Health Promotion Unit
Saskatchewan Health
Government of Saskatchewan
3475 Albert Street
Regina, SK S4S 6X6
Tel: (306) 787-7110 **Fax:** (306) 787-3823
mmartin-smith@health.gov.sk.ca

Erin Levy, NU
Tobacco Reduction Specialist
Dept. of Health and Social Services
Government of Nunavut
PO Box 1000, Stn. 1000
Iqaluit, NU X0A 0H0
Tel: (867) 975-5783 (Private line) **Fax:** (867) 975-5780
(867) 975-5700 (Reception)
elevy@gov.nu.ca

Paula Pasquali, YK
Health Promotion Coordinator
Health and Social Services
Government of Yukon
#2 Hospital Road
Whitehorse, YK Y1A 2C6
Tel: (867) 667-8394 **Fax:** (867) 667-8338
paula.pasquali@gov.yk.ca

Andrew Loughead, MB
Coordinator of Tobacco Control
Manitoba Health
Public Health, Environment Unit
Government of Manitoba
4070 - 300 Carlton Street
Winnipeg, MB R3B 3M9
Tel: (204) 788-6731 **Fax:** (204) 948-2040
aloughead@gov.mb.ca

With thanks to the Government of Quebec for its expertise
and collaboration on this *Progress Report*.

Appendix B

Contributing Non-governmental Organizations

The Canadian Cancer Society
The National Cancer Institute of Canada
The Canadian Tobacco Control Research Initiative
The Canadian Public Health Association

Organisations non gouvernementales ayant contribué au présent rapport

La Société canadienne du cancer
L'Institut national du cancer du Canada
L'Initiative canadienne de recherche pour la lutte contre le tabagisme
L'Association canadienne de santé publique

Erin Levy, Nt.
 Expert, Tobacco Reduction
 Dept. of Health and Social Services
 Government of Nunavut
 P.O. Box 1000, Stn. 1000
 Iqaluit, NU X0A 0H0
 Tél. : (867) 975-5783 (ligne privée)
 (867) 975-5700 (Réception)
 elevely@gov.nu.ca

Paula Pasquali, Yn.
 Health Promotion Coordinator
 Health and Social Services
 Government of Yukon
 #2 Hospital Road
 Whitehorse, YK Y1A 2C6
 Tél. : (867) 667-8394
 Téléc. : (867) 667-8338
 paula.pasquali@gov.yk.ca

Andrew Loughead, Man.
 Coordinator of Tobacco Control
 Manitoba Health
 Public Health, Environment Unit
 Government of Manitoba
 4070-300 Carlton Street
 Winnipeg, MB R3B 3M9
 Tél. : (204) 788-6731
 Téléc. : (204) 948-2040
 aloughead@gov.mb.ca

Nous remercions le gouvernement du Québec pour son expertise et sa collaboration relatives au présent *Rapport d'étape*.

Linda Gama-Pinto, Santé Canada
Directrice intermédiaire, Planification stratégiques et politiques
Programme de la lutte au tabagisme
Santé Canada
I.A. 3506B, pièce D687
Immeuble MacDonald
123, rue Slater
Ottawa, ON K1A 0K9
Tél. : (613) 941-4053
Télec. : (613) 952-5188
linda_gama-pinto@hc-sc.gc.ca

Bernie Squires, T.-N.-L.
Lifestyle and Health Promotion Consultant
Dept. of Health and Community Services
Government of Newfoundland and Labrador
Prince Philip Drive
Confederation Building, West Block
1st Floor, P.O. Box 8700
St. John's, Newfoundland and Labrador A1B 4J6
Tél. : (709) 729-1374
Télec. : (709) 729-1918
bsquires@mail.gov.nl.ca

Kathy Langlois, Santé Canada
Directrice générale
Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
Direction des programmes communautaires
Santé Canada
20^e étage, pièce 2039B, immeuble Jeanne-Mance
Pré Tunney
Ottawa, ON K1A 0K9
Tél. : (613) 952-9616
Télec. : (613) 941-3710
Kathy_Langlois@hc-sc.gc.ca

Mary Martin-Smith, Sask.
Director, Population Health Branch
Health Promotion Unit
Saskatchewan Health
Government of Saskatchewan
3475 Albert Street
Regina, SK S4S 6X6
Tél. : (306) 787-7110
Télec. : (306) 787-3823
mmartin-smith@health.gov.sk.ca

Laurie Woodland, C.B.

Director

Ministry of Health Services

Population Health and Wellness

Government of British Columbia

4-2, 1515 Blanshard Street

Victoria, BC V8W 3C8

Tel. : (250) 952-2847 Téléc. : (250) 952-2279

laurie.woodland@gemsm6.gov.bc.ca

Lisa Shaffer, L.P.L.

Community Development/Tobacco Reduction

Public Health and Evaluation Division

Department of Health and Social Services

Government of Prince Edward Island

11 Kent Street, P.O. Box 2000

Charlottetown, PEI C1A 7N8

Tel. : (902) 368-6133 Téléc. : (902) 368-4969

lshaffer@this.org

John Garcia, Ont.

Director, Chronic Diseases and Health Promotion Branch

Ontario Ministry of Health and Long Term Care

Tobacco Strategy Unit

Government of Ontario

5700 Yonge Street, 8th Floor

Toronto, ON M2M 4K5

Tel. : (416) 327-7445 Téléc. : (416) 314-5497

john.garcia@moh.gov.on.ca

Lloyd Kerr, Alb.

Senior Manager, Tobacco Reduction Unit

Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission

Government of Alberta

10909 Jasper Avenue, 2nd Floor

Edmonton, AB T5J 3M9

Tel. : (780) 422-1350 Téléc. : (780) 427-2352

lloyd.kerr@aadac.gov.ab.ca

Nancy Hoddinott, N.-E.

(Coordinator, Tobacco Strategy

Nova Scotia Department of Health

Government of Nova Scotia

1690 Hollis Street, 10th Floor

P.O. Box 488

Halifax, NS B3J 2R8

Tel. : (902) 424-5962 Téléc. : (902) 424-0663

hoddinnl@gov.ns.ca

Membres – Comité de liaison sur la lutte contre le tabagisme fédéral, provincial et territorial

Annexe A

Andrew Hazlewood, coprésident
Assistant Deputy Minister
Population Health and Wellness
Ministry of Health Services
Government of British Columbia
4-2, 1515 Blanshard Street
Victoria, BC V8W 3C8
Tél. : (250) 952-1731 Téléc. : (250) 952-1713
Andrew.Hazlewood@gems4.gov.bc.ca

Hélène Goulet, coprésidente
Directrice générale
Programme de la lutte au tabagisme
I.A. 3507A2, pièce D787
Santé Canada
Immeuble MacDonald
123, rue Slater
Ottawa, ON K1A 0K9
Tél. : (613) 941-1977 Téléc. : (613) 954-2288
helene_goulet@hc-sc.gc.ca

Marlien McKay, N.-B.
Project Manager, Office of Chief Medical Officer of Health
Public Health Management Services
Department of Health and Wellness
520 King Street, 2nd Floor
P.O. Box 5100
Fredericton, NB E3B 5G8
Tél. : (506) 444-4633 Téléc. : (506) 453-8702
marlien.mckay@gnb.ca

Miriam Wideman, T.N.-O.
Consultant, Tobacco
Department of Health and Social Services
Government of Northwest Territories
5022-49th Street, Centre Square Tower, 7th Floor
P.O. Box 1320
Yellowknife, NWT X1A 2L8
Tél. : (867) 920-8826 Téléc. : (867) 873-0202
Miriam_Wideman@gov.nt.ca

Les renseignements présentés dans le Rapport 2004 indiquent que la Stratégie nationale fonctionne. La prévalence et la consommation affichent une tendance à la baisse au fil du temps. En effet, la consommation chez les jeunes a été renversée. Cela est remarquable, et d'une portée profonde. Néanmoins, l'information montre également que la consommation chez les jeunes adultes est toujours élevée, sans égard aux tactiques utilisées à ce jour. Et, comme la prévalence et la consommation continuent de baisser chez la population en général, nous approchons de façon constante un réseau plus résistant de fumeurs canadiens – ceux qui sont fortement dépendants et/ou qui ont peu ou aucun désir de renoncer au tabac. Il est probable que les tendances générales à la baisse se stabilisent.

Nous incitons les Canadiens et les Canadiennes à prendre en compte et à réfléchir à l'impact de la *Stratégie nationale* sur la scène de la lutte contre le tabagisme, et à concevoir que le Canada ne doit pas s'arrêter, mais plutôt faire le point et aller de l'avant à un pas accéléré.

Habileté et pouvoir

Les jeunes adultes sont une population prioritaire nouvelle en matière de lutte contre le tabagisme. On s'intéresse davantage à ce segment de la population par rapport à la lutte au tabagisme car, au Canada, ce sont les jeunes adultes de 20 à 24 ans qui affichent les taux de tabagisme les plus élevés. Ils sont un important groupe cible pour l'industrie du tabac; et ils sont un groupe ayant fait l'objet de peu de recherche relative au tabagisme.

L'Association canadienne de santé publique (ACSP), a mis sur pied le projet *Par considération pour l'air que nous respirons* (financé par Santé Canada) afin d'élaborer des messages sur la fumée secondaire qui cibleront les jeunes adultes. Ces messages visent à sensibiliser les jeunes adultes (de 18 à 30 ans, fumeurs et non-fumeurs) aux moyens d'exercer leur responsabilité de protéger l'air pur.

La phase I du projet examine les attitudes, les comportements et les valeurs des jeunes adultes, de même que les stratégies de communication efficaces auprès de ce groupe d'âge. Les activités de la phase I comprennent entre autres, une analyse bibliographique; des enquêtes sur les intervenants et les jeunes adultes; des entretiens avec des « informateurs clés »; une rencontre entre spécialistes; le recueil d'un inventaire de messages types destinés aux jeunes adultes et leurs modes d'acheminement. (Au cours de la phase II, les messages seront mis à l'épreuve auprès des groupes de discussion régionaux. Puis, fondées sur les résultats du projet, des recommandations relatives aux messages et aux modes d'acheminement les plus prometteurs seront présentées à Santé Canada.)

nuisant à l'utilisation et à l'efficacité des outils pharmaceutiques liés à l'abandon du tabac; l'historique naturelle de la dépendance à la nicotine; les approches écologiques pour prévenir le cancer et promouvoir la santé (un programme de recherche multidisciplinaire auprès des enfants et des jeunes)).

Egalement en 2003, l'**Initiative canadienne de recherche pour la lutte contre le tabagisme (ICRCT)** a accordé 40 subventions (724 250 \$ au total), traitant des sujets aussi variés que : l'usage du tabac chez les jeunes adultes; les différences relatives à l'usage du tabac selon le genre; le tabagisme et la santé mentale; l'efficacité des messages relatifs à la santé; l'acceptabilité sociale du tabagisme; la dépendance à la nicotine; le tabagisme chez les jeunes; la fumée secondaire; la programmation relative à l'abandon du tabac; la vente de produits du tabac afin de réduire possiblement les préjudices et/ou la réduction du potentiel d'allumage des produits du tabac); le rôle des gouvernements dans la lutte contre le tabagisme; les liens entre la recherche, la pratique et la politique publique.

Création et soutien des moyens d'action

L'orientation stratégique relative à la création et au soutien des moyens d'action vise à accroître la capacité des particuliers, des intermédiaires de la santé et des communautés à l'échelle nationale, provinciale, territoriale et locale à prendre les mesures voulues. L'apprentissage et le partage des connaissances acquises, l'identification des approches et des stratégies ainsi que la création et le perfectionnement des partenariats optimiseront obligatoirement la lutte contre le tabagisme partout au Canada.

La **Nouvelle-Écosse** a poursuivi son élan et son appui quant au sport et aux loisirs sans fumée. Au printemps de 2003, le Cole Harbour Soccer Club (un club de soccer actif pour les jeunes à l'intérieur de la municipalité régionale de Halifax) est devenu sans tabac. Le club a créé une politique visant à décourager les membres, les entraîneurs et les spectateurs de fumer pendant les exercices, les parties et les activités du club et, en collaboration avec bon nombre de partenaires, a publié son message du « Soccer sans fumée ». (Les principaux partenaires étaient la Southwestern Community Health Board, l'initiative ACT [Take Action in your Community against Tobacco], la Capitol Health et le Office of Health Promotion.)

L'initiative a été évaluée par le biais d'une enquête auprès des parents et des entraîneurs ainsi que des groupes de discussion composés des joueurs, des entraîneurs et des membres de l'exécutif du Cole Harbour Soccer Club. Dans l'ensemble, l'initiative s'est avérée un succès car elle a donné lieu à une grande sensibilisation, compréhension et acceptation du message et de la politique du soccer sans fumée auprès des parents et des entraîneurs, et elle est devenue un modèle pour les autres organismes de sports et de loisirs à l'intention des jeunes.

biens de l'enquête sur le tabagisme chez les jeunes du Yukon; les résultats seront présentés dans la version 2005 du présent rapport.

En 2003 l'Assemblée législative de l'Île-du-Prince-Édouard a demandé au Comité permanent des affaires sociales d'observer les ventes au détail du tabac à l'I.-P.-É., particulièrement la vente de tabac dans les pharmacies. Des consultations publiques étaient d'accord avec bon nombre des membres de la Tobacco Reduction Alliance (Alliance pour la réduction du tabagisme), les représentants du gouvernement, les représentants des sociétés de tabac, les citoyens, les entreprises et l'association pharmaceutique de l'I.-P.-É., ayant comparu devant le comité.

En avril, le comité a présenté son rapport à l'Assemblée législative de l'I.-P.-É. Les recommandations comprenaient des lois à adopter le plus tôt possible, notamment :

- l'interdiction de la vente de produits du tabac dans les hôpitaux, les établissements de santé, les maisons de repos, les édifices des gouvernements provincial et municipal, les écoles et d'autres édifices gérés par une commission scolaire, les installations sportives, les théâtres, les arcades et les parcs d'amusement;
- l'interdiction de distributeurs de tabac automatiques et des présentoirs de tabac libre-service;
- l'interdiction de l'exposition visible de produits du tabac dans tous les établissements autorisés;
- l'interdiction de la vente des produits du tabac dans les pharmacies à compter de juin 2005;
- l'interdiction de publicités au point de vente utilisées pour annoncer ou promouvoir les produits du tabac dans tous les établissements de vente au détail à compter du 1er janvier 2006.

Le comité a également recommandé la révision des règlements sur l'affichage des produits du tabac afin d'y inclure des messages relatifs à la santé et les effets nocifs de l'usage du tabac, ainsi que la révision des pénalités courantes en vertu de la *Tobacco Sales To Minors Act*.

En 2003, l'Institut national du cancer du Canada (INCC) a accordé six subventions de recherches et prix au personnel relatifs à la lutte contre le tabagisme, pour un montant total de 578 348 \$. Le financement était affecté aux études des domaines tels que : la politique et le processus (le rôle de l'encadrement des enjeux à l'intérieur de l'élaboration des règlements sur la fumée ambiante); les éléments tels que l'élève, la famille et l'école, touchant le tabagisme chez les adolescents au Canada; la réduction du tabagisme dans les endroits publics extérieurs (une approche de conception environnementale); la politique sur la lutte contre le tabagisme et l'abandon du tabac (les barrières

Les articles de fumeurs sont la cause première d'incendies résidentiels et de mortalités liées aux incendies au Canada à chaque année. Selon une analyse des statistiques canadiennes sur les incendies pour les années 1995 – 1999, l'Association canadienne des chefs de pompiers a déclaré qu'au moins 14 030 incendies étaient attribuables aux articles de fumeurs (y compris les cigarettes, les cigares et les pipes). Ces incendies ont entraîné le décès de 356 personnes, des blessures chez 1 615 personnes et des coûts de plus de 200 millions de dollars en dommage matériel. Les victimes de ces incendies sont souvent parmi les plus vulnérables de la société, notamment les enfants, les personnes âgées et les personnes ayant des difficultés financières.

Après plus de 20 ans de recherche (la plupart effectuée aux E.-U.), Santé Canada croit qu'il est possible de réduire le potentiel d'allumage des cigarettes en changeant certaines caractéristiques de conception. Les modifications à la conception visant à réduire la chaleur générée pourraient comprendre la réduction de la circonférence, la réduction de la densité du tabac et la réduction de la porosité du papier. La réduction de la densité du tabac et de la circonférence de la cigarette aurait un effet sur le montant de carburant (tabac) disponible, et la réduction de la porosité du papier permettrait de restreindre le flux d'oxygène au carburant. Selon toute probabilité, une combinaison de ces changements de conception serait nécessaire pour satisfaire aux normes sur le potentiel d'allumage que proposent ces règlements. Les normes relatives au potentiel d'allumage que propose Santé Canada s'appliqueraient à toutes les cigarettes fabriquées ou importées au Canada, à compter du 1^{er} octobre 2005.

Recherche, projets pilotes, évaluation et suivi

La présente orientation stratégique vise à accroître les connaissances sur le tabac, l'usage du tabac, l'industrie du tabac, les interventions efficaces en matière de lutte contre le tabagisme et les effets socio-économiques et sur la santé attribuables à l'usage du tabac.

Bien que la lutte contre le tabagisme exige des efforts dans chacune des cinq orientations stratégiques, la connaissance représente le fondement de la planification d'interventions et d'activités dans les quatre autres, que ce soit les résultats des programmes de recherche, les projets pilotes (une forme de recherche appliquée), l'évaluation de programmes et de services existants ou le suivi des changements visant à évaluer les progrès réalisés.

Sous la loupe

Le Yukon a effectué deux enquêtes importantes sur l'usage du tabac en 2003. D'abord, parallèlement à l'évaluation d'une campagne médiatique de masse sur le renoncement au tabac, le Yukon a tenté de déterminer l'usage du tabac chez les adultes; un taux de tabagisme de 33 % ayant été indiqué. Et pour la première fois en 10 ans, l'usage du tabac chez les jeunes a été analysé par le

fumeur. Un des volets de la stratégie, Honour your Health Challenge (HYYHC), constitue un programme novateur de six semaines mettant les Autochtones au défi, les incitant à abandonner le tabac ou à réduire le mauvais usage du tabac dans la voiture et à la maison. En 2003, la mise en application et l'efficacité du modèle HYYHC ont été évaluées par rapport à la participation, à la croissance de la capacité communautaire et au développement de partenariats et de réseaux en guise de soutien. Cinq groupes cibles ont fait l'objet d'une enquête, représentant 74 % de l'ensemble des participants disponibles. Selon l'évaluation, « les réponses aux enquêtes ont montré que les participants affichaient une augmentation marquée en matière de connaissances, de sensibilisation et d'accès aux ressources. Les participants ont donné une cote élevée à la formation, et ont développé une nouvelle confiance et des qualités de chef. De plus, la capacité de la collectivité a affiché une croissance.

Dans la collectivité

Santé Canada a mandaté un Cercle consultatif national afin de lui fournir des conseils et de l'expertise à l'intérieur de l'élaboration d'un cadre de programme de lutte contre le tabagisme et sa mise en application et évaluation dans les collectivités des Inuits et des Premières nations. Le Cercle consultatif national collabore avec les collectivités des Inuits et des Premières nations afin d'élaborer des stratégies fondées sur la preuve et appropriées à la culture relatives à l'éducation, à la prévention, à la protection et à l'abandon du tabac. Dans le but d'accroître la capacité, Santé Canada a créé un partenariat avec les organisations autochtones pour aider à développer la formation et des ressources pour les travailleurs communautaires. Cette année, l'initiative vise à prendre appui sur les priorités de l'an passé, notamment la promotion des enduits sans fumée et l'élaboration des stratégies sur le renoncement au tabac. Un plan de marketing social appuiera cette initiative.

Santé Canada travaille en partenariat avec l'Assemblée des Premières nations et Inuit Tapiriit Kanatami par le biais de leur participation au Cercle consultatif national. Les huit bureaux régionaux de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits financent 163 projets, et plus de 258 collectivités des Inuits et des Premières nations participent aux projets communautaires. Ces projets offrent des ressources et de la formation aux travailleurs communautaires afin de bâtir et d'accroître la capacité par l'entremise de programmes de sensibilisation, de promotion de la santé et de réduction de l'accès aux miniers.

Responsabilité de l'industrie et contrôle des produits

L'orientation stratégique relative à la responsabilité de l'industrie et au contrôle des produits a pour but de réglementer la fabrication, le marketing et la vente de produits du tabac. À cet effet, au printemps 2004, Santé Canada a proposé des règlements visant à résoudre le problème de santé publique attribuable aux incendies causés par la cigarette.

Premières nations, Inuits et Métis

La prévalence du tabagisme est plus élevée chez les populations autochtones pour chacun des groupes d'âge. Selon le rapport de la société Ipsos-Reid, *sur La fumée et la souvenance des Premières nations, des Inuits et des Métis en matière de publicité* effectué en avril 2002, les taux de tabagisme par identité autochtone (18 ans et plus) étaient : Premières nations hors des réserves, 50 %; Premières nations à l'intérieur des réserves, 48 %; Métis, 48 %; et Inuit, 54 %. Mais l'intention d'abandonner le tabac est très répandue chez les fumeurs autochtones. Sept sur dix fumeurs adultes chez les Premières nations à l'intérieur des réserves (69 %) et six sur dix fumeurs adultes Inuits (61 %) affirment penser sérieusement à abandonner le tabac; et plus de 85 % des Premières nations, des Métis et des Inuits sont très inquiets de l'impact de la fumée ambiante sur leur santé et celle de leurs familles. (Cela comprend la plupart des fumeurs, mais les non-fumeurs et les femmes se préoccupent plus particulièrement.)

Le tabagisme chez les jeunes est la principale préoccupation. La *First Nations Youth Inquiry into Tobacco Use* (le rapport WLNKSKA, la plus grande recherche effectuée chez les Premières nations), effectuée par le First Nations Social Research Institute en 1997, a documenté l'usage du tabac chez les jeunes Autochtones auprès de 96 collectivités autochtones à l'intérieur des réserves partout au Canada. L'enquête affirmait : « L'étendue des progrès réalisés en matière de lutte contre le tabagisme chez les jeunes ne relève pas seulement de la réduction de la prévalence du tabagisme parmi les jeunes en général, mais des stratégies que nous élaborons pour régler l'importante question relative à l'usage du tabac chez les jeunes Autochtones. Nous favorisons la participation directe des collectivités, de leurs familles et de tous les niveaux de gouvernement afin de réduire les taux de tabagisme alarmants parmi ce groupe ».

Bien que les cinq orientations stratégiques ne s'adressent pas précisément à la population autochtone plus à risque du Canada, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont collaboré avec les collectivités des Premières nations, des Inuits et des Métis pour élaborer des approches globales, intégrées et durables relatives au mauvais usage du tabac. En outre, il est reconnu que les efforts de lutte contre le tabagisme doivent tenir compte des facteurs culturels comme l'usage traditionnel du tabac dans certaines cultures autochtones. Les stratégies fédérales, provinciales et territoriales visent à aggrémenter et à tirer avantage des forces des programmes communautaires existants appropriés aux cultures et à se concentrer sur les enfants et les jeunes, les femmes enceintes et les personnes exposées à la fumée ambiante.

A l'intérieur de la famille

La stratégie de la Colombie-Britannique, *Honouring Our Health Aboriginal Tobacco Strategy*, la première stratégie au Canada axée sur le tabagisme chez les Autochtones, a comme objectif de promouvoir la santé et le bien-être des peuples autochtones et leurs traditions en mettant fin au mauvais usage du tabac. Voilà un bel exemple d'un projet global, élaboré et dirigé par la collectivité et axé sur l'effet du changement sur la collectivité entière plutôt qu'un seul

Le programme d'intervention clinique contre le tabagisme (PICT) (*Questionner-conseiller*) a formé des médecins (50) ainsi que des travailleurs en services de toxicomanie dans toutes les régions, le personnel des infirmières de l'Ordre de Victoria, des infirmières gestionnaires et des équipes multidisciplinaires dans deux centres de santé communautaires. De plus, la Société dentaire du Nouveau-Brunswick a tenu deux ateliers régionaux en dentisterie et un atelier régional pour les hygiénistes dentaire. (Trois autres ateliers en dentisterie sont prévus plus tard en 2004.)

En novembre 2003, en vue d'agréments le volet (*Questionner-conseiller*) du PICT, l'Association des infirmières du Nouveau-Brunswick a initié deux autres activités visant à accroître la capacité, notamment Aide à la formation du PICT et *Nouveau départ*, la formation d'animateurs de groupes. Le volet *Aide à la formation* du PICT vise particulièrement à aider les professionnels qui désirent intégrer plus efficacement l'aide au renoncement aux interventions existantes (c.-à-d., de courtes séances de counseling). Entre novembre 2003 et février 2004, 11 des 14 séances prévues ont eu lieu partout dans la province, et 225 professionnels y ont participé. (Le volet *Questionner-conseiller* est compris dans les séances d'aide.)

Nouveau départ est un programme de renoncement de groupe initialement élaboré par la Société du cancer. Trois séances de formation pour animateurs ont été effectuées en 2003, ce qui a donné lieu à la formation de 30 animateurs de groupes. Les séances *Nouveau départ* comprennent les volets *Questionner-conseiller* et *Aide*.

Tous les efforts à l'intérieur des volets *Questionner-conseiller*, *Aide* et *Nouveau départ* du PICT comprenaient un aiguillage vers la ligne téléphonique d'aide aux fumeurs.

A même les médias

L'Alberta a effectué de vigoureuses campagnes médiatiques de masse tout au long de février et de mars 2003. Par le biais de ces initiatives de marketing social à l'intérieur de la Alberta Tobacco Reduction Strategy (ATRS), les Albertains ont été sensibilisés à la situation désespérée et à la croisade de M^{me} Barb Tarbox. En fait, les campagnes et l'attention qu'elles ont attirées ont aidé à propager le message de M^{me} Tarbox partout au Canada.

Après avoir reçu un diagnostic de cancer terminal attribuable au tabagisme en septembre 2002, M^{me} Tarbox a consacré le reste de sa vie à parler aux jeunes des dangers liés au tabagisme. L'appui et la participation de M^{me} Tarbox à la campagne de marketing social de la ATRS a donné lieu à une portée et à une résonance du message beaucoup plus importantes que prévues. Selon une évaluation de la société Ipsos-Reid[®] sur les campagnes de marketing social à la radio et à la télévision, le rappel aidé et spontané prouvé des annonces à la radio et à la télévision était de 94 %. Cela veut dire que 9 sur 10 Albertains se souvenaient des annonces de la ATRS. Le rappel total prouvé des annonces de la ATRS était semblable chez les fumeurs actuels (95 %), les anciens fumeurs (94 %), et les non-fumeurs (93 %). Soixante-seize pour cent des Albertains ayant été touchés par les campagnes ont affirmé que les annonces avaient réussi à sensibiliser efficacement le public sur les effets négatifs de l'usage du tabac.

Abandon et éducation du public

L'orientation stratégique en matière d'abandon et d'éducation du public vise à rendre l'information, les services et les programmes disponibles et accessibles à la population canadienne. Toute une gamme de programmes et d'aide sur l'abandon du tabac est actuellement disponible à la population canadienne, par le biais d'un nombre toujours croissant de sources. Plus particulièrement, une panoplie de programmes est à la disposition des professionnels de la santé, qui sont souvent bien placés pour soutenir les efforts de leurs patients, qui tentent de cesser de fumer. Santé Canada collabore avec les provinces, les territoires, les ONG et les coalitions régionales afin de veiller à ce que tous les Canadiens aient accès au counseling téléphonique efficace sur le renoncement au tabac. La Société canadienne du cancer, grâce au financement de Santé Canada, poursuit d'ailleurs ce partenariat en élaborant des matériels publicitaires aux fins d'utilisation commune des lignes d'aide téléphoniques au renoncement du tabac partout au pays. De plus, l'on continue de mener des campagnes médiatiques de masse, reconnues comme un moyen important de transmettre les messages, afin de changer les attitudes et, ultérieurement, changer les comportements.

En première ligne

Initiée en février 2000 et financée de façon continue depuis ce temps, l'initiative de l'**Ontario *Cheminer sans fumer*** a grandement réussi à mettre en lumière la portée et la nature de l'usage du tabac chez les étudiants de l'Ontario de niveau postsecondaire.

Bien que le projet soit surtout axé sur le renoncement du tabac chez les jeunes adultes, des efforts auprès des administrateurs des campus universitaires visaient aussi à favoriser et à faciliter l'élaboration et la mise en place des politiques du campus visant à créer et à étendre les lieux sans fumée. Il est souhaitable que la portée étendue de la campagne de communication du projet donne lieu à un recrutement accru.

Cette campagne utilise des multimédias, y compris la radio et les annonces imprimées du campus, et la diffusion des ressources imprimées, des brochures et des articles de publicité. Les objectifs de la campagne visaient à perturber l'industrie du tabac et à promouvoir les programmes et les services de l'initiative *Cheminer sans fumer*.

La recherche a montré que pour la période allant de janvier à décembre 2003, 54 % des étudiants ont spontanément identifié l'initiative *Cheminer sans fumer* comme une source de soutien dans le renoncement au tabac. En effet, cette initiative a permis de sensibiliser 54 000 étudiants de l'université à temps plein parmi 84 000, et 16 500 étudiants du collégial; puis (à l'aide d'une mesure de prévalence de sept jours) le nombre moyen de cigarettes fumées sur le campus pendant une semaine est passé de 52,2 au départ à 36,4 lors du suivi de trois mois, toutes les interventions entraînant des réductions équivalentes. Le groupe de travail sur l'abandon du tabac de la Coalition antitabac du **Nouveau-Brunswick** continue de réaliser des progrès alors qu'il construit un réseau durable et intégré à l'échelle de la province, y compris la participation active de tous les partenaires.

(qui seraient exemptés de l'interdiction prévue dans la *Loi sur la protection de la santé des non-fumeurs* lorsque le tabac est utilisé à des fins de pratiques ou de cérémonies autochtones spirituelles traditionnelles). (Le projet de loi a été adopté à l'Assemblée législative du Manitoba le 10 juin; la *Loi sur la protection de la santé des non-fumeurs* est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2004.)

Au tribunal

La *Tobacco Control Act* de la Saskatchewan comprend des dispositions qui interdisent la publicité et l'exposition de produits dans des endroits accessibles aux jeunes et où les produits du tabac sont vendus. En mai 2002, la société de tabac Rothmans, Benson & Hedges Inc. a intenté des procédures contre le gouvernement de la Saskatchewan, déclarant que la *Tobacco Control Act* viole la Charte canadienne des droits et libertés, et que les dispositions prévues par la *Loi* sont inopérantes et d'aucune force en raison de la doctrine de la suprématie fédérale. (Les lois fédérales limitent la publicité mais non l'exposition des produits du tabac.)

En septembre 2002, la Cour du Banc de la Reine a statué que la loi provinciale n'est pas en opposition à la loi fédérale. La société Rothmans, Benson & Hedges Inc. a eu le droit de porter la cause en appel en octobre 2002. La société Rothmans, Benson & Hedges Inc. a porté en appel la question de suprématie à la Cour d'appel, qui a entendu l'appel en février 2003.

La décision de la Cour d'appel de la Saskatchewan, le 3 octobre 2003, a conclu qu'il existe un conflit opérationnel entre la *Tobacco Control Act* provinciale et la *Loi sur le tabac* fédérale, et a déclaré l'article 6 de la Loi provinciale inopérante. Le gouvernement de la Saskatchewan a demandé à la Cour suprême du Canada de s'inscrire de cette affaire. Le gouvernement a également demandé à un juge de la Cour d'appel de suspendre la décision, afin de poursuivre l'application de la restriction sur l'exposition jusqu'à ce que la Cour suprême ait rendu sa décision. La Cour a rejeté cette demande le 27 octobre 2003.

Le gouvernement provincial a ensuite demandé à la Cour suprême du Canada de suspendre la décision de la Cour d'appel de la Saskatchewan. L'autorisation d'appel et la demande de suspension ont été dirigées vers un groupe d'experts de la cour aux fins de traitement. Tous les dépôts des demandes ont été terminés en janvier 2004.

Le 25 mars 2004, la Cour suprême du Canada a approuvé l'autorisation d'appeler de la décision de la Cour d'appel de la Saskatchewan, mais a refusé la demande de suspension de la province.

Parallèlement, la **Société canadienne du cancer** (SCC) a continué de plaider la cause des lois plus solides sur le tabac à l'échelle fédérale, provinciale et locale. En décembre 2003, la SCC a déposé une argumentation écrite à la Cour d'appel du Québec en appui de la validité de la *Loi sur le tabac* fédérale et du *Règlement sur l'information relative aux produits du tabac*. Dans le présent cas, l'industrie du tabac porte en appel le jugement de décembre 2002 de la Cour supérieure du Québec déclarant que ces lois sont constitutionnelles.

Politique et législation

L'orientation stratégique des politiques et de la législation de la *Stratégie nationale* vise à assurer la coordination de la politique sur le tabac et la mise en œuvre de la législation et des politiques organisationnelles dans tous les secteurs qui appuient la réduction de l'usage du tabac.

Au registre

La *Tobacco Control Act* du Nunavut a été proclamée le 1^{er} février 2004. La Loi vise surtout à protéger les Nunavummiut de la fumée secondaire par le biais d'endroits publics et de milieux de travail sans fumée; elle vise à réduire l'accès et l'offre de tabac aux jeunes et à retrancher tout message inapproprié sur le tabac à l'intention des jeunes (par exemple, en interdisant les bons sous forme de produit du tabac).

Le 1^{er} mai 2004 la Commission des accidents du travail des **Territoires du Nord-Ouest** et du **Nunavut** a adopté de nouveaux règlements sur la fumée de tabac ambiante en vertu de deux *Lois sur la sécurité*. Les milieux de travail dans chacun des territoires ont été proclamés sans fumée à cette date. Les quelques exemptions à cette interdiction comprennent certains milieux de travail qui sont aussi des résidences privées, telles que des chambres d'hôtel, des résidences pour personnes âgées et des unités d'habitation à l'intérieur des mines à accès aérien ou d'autres campements ouverts.

En janvier 2004 le ministère de la Justice de la **Terre-Neuve et du Labrador** a annoncé un plan visant à mettre en place des milieux sans fumée dans chacun des huit établissements de garde pour adultes de la province. Les établissements devaient s'y conformer entièrement au plus tard le 3 mai 2004. La mise en œuvre comprenait une séquence d'activités ordonnées, y compris des programmes éducatifs et des programmes sur l'abandon du tabac ainsi que l'aide pharmacologique à court terme. De l'aide a été fournie tant aux employés qu'aux détenus. À l'intérieur de cette initiative, le tabac est défini comme un « objet de contrebande » et n'est pas permis sur les lieux de l'établissement. La Division des services correctionnels et communautaires gère le programme, et le ministère de la Justice aide à l'administration, en partenariat avec la Newfoundland and Labrador Lung Association et la John Howard Society.

Le 2 mars 2004 au **Manitoba**, le ministre délégué à la Vie saine a déposé le projet de loi 21 à l'Assemblée législative. Le projet de loi 21, qui deviendrait la plus vaste interdiction de fumer au Canada au moment de son entrée en vigueur, prévoyait l'interdiction de fumer dans les lieux publics et les lieux de travail intérieurs fermés qui relèvent clairement du gouvernement, et reconnaissait l'importance culturelle du tabac dans la vie des Autochtones

Questions plus vastes

En ce qui concerne l'impact des diverses stratégies et politiques (taxes, campagnes médiatiques de masse, campagnes sur l'abandon, règlements, etc.), l'évaluation et l'analyse s'avèrent encore difficiles. Dans certains cas, comme la politique fiscale, le changement est instantané, étant donné que les fumeurs réagissent dès que le prix augmente ou diminue. Les ventes servent de mesure pour évaluer cette stratégie, et un minimum de trois mois est nécessaire pour en connaître l'impact.

Dans d'autres cas, par exemple dans le cas des campagnes sur l'abandon ou des campagnes médiatiques de masse, le nombre de fumeurs et l'impact des campagnes servent de mesure. Nous utilisons souvent le rappel des campagnes et la volonté de cesser de fumer pour mesurer le succès. Bien que ces mesures puissent être évaluées à l'intérieur de quelques semaines suivant la fin d'une campagne, elles ne sont pas des mesures tout à fait exactes du comportement réel. Des mesures de comportement plus justes sont fondées sur des éléments tels que la prévalence du tabagisme et le nombre de tentatives pour abandonner le tabac. En outre, ces mesures sont habituellement effectuées longtemps après la fin des campagnes sur l'abandon ou les campagnes médiatiques de masse (un ou deux ans), alors qu'il est difficile de déterminer si les campagnes ont eu un effet direct ou indirect.

Le fait que les interventions s'effectuent en groupes porte également à confusion. Les taxes sont parfois augmentées parallèlement à l'introduction d'un nouveau règlement et d'une nouvelle campagne sur l'abandon. Le résultat final entraînera peut-être une diminution du nombre de fumeurs, habituellement quelques années après les interventions, alors qu'il est pratiquement impossible de déterminer l'intervention ou la combinaison d'interventions ayant contribué à cette diminution et dans quelle mesure.

Abandon

En ce qui concerne l'abandon, l'ESUTC indiquait qu'il y avait en 2002, environ 700 000 fumeurs de moins qu'en 1999. Ce chiffre doit être interprété avec prudence, car les fumeurs et les anciens fumeurs changent régulièrement leurs habitudes de fumer.

Les données de l'ESUTC nous permettent de connaître un peu mieux les motifs qui incitent les personnes à abandonner le tabac. Lorsque l'on demande aux fumeurs, « que faut-il pour arrêter de fumer? », 34 % répondent, « plus de programmes d'abandon du tabac / de remplacements de la cigarette efficaces / abordables », et au 6 % de personnes ayant répondu « l'augmentation des prix / cigarettes moins abordables ».

Cela a été confirmé lors d'une enquête récente auprès de 300 personnes ayant abandonné le tabac. En effet, seulement 10 % d'entre elles ont spontanément répondu que le « coût » avait motivé leur abandon. Pour ce qui est des jeunes de 15 à 19 ans, moins de 1 % ont répondu « l'augmentation des prix / cigarettes moins abordables ». Cela veut dire que l'élasticité de la participation par rapport au prix peut être une combinaison de l'élément de prix, environ 10 %, et d'autres causes, 90 %.

Questions d'analyse

D'autres analyses peuvent être effectuées, y compris celles touchant la sensibilité, mais les données présentent plusieurs lacunes importantes en raison de l'information non recueillie ou n'ayant aucune importance statistique. Par exemple, si une province met en place un programme de subventions pour les thérapies de remplacement de la nicotine, aucune enquête actuelle ne recueille les données nécessaires à l'évaluation de cette initiative. En effet, l'ESUTC indique que seulement deux provinces ont des statistiques indiquant d'importantes diminutions des taux de prévalence chez les adultes. En conséquence, même les stratégies provinciales ne peuvent être évaluées à l'aide de l'ESUTC à ce jour.

Dans le but d'alléger les nombreuses difficultés inhérentes à l'évaluation comportant l'élasticité de la demande par rapport au prix, il est proposé, dans la mesure du possible, d'évaluer les initiatives au plus faible niveau ciblant les jeunes de 15 à 19 ans, il faudrait évaluer la stratégie par rapport à ses objectifs et à l'intérieur du groupe cible.

L'élasticité de la demande par rapport au prix (le rapport du changement de pourcentage des ventes divisé par le pourcentage du prix, entre deux périodes données) à l'échelle nationale était de -0,22, avec une marge allant de -0,16 (Ontario) et de -0,32 (Québec). (On doit se rappeler que l'élasticité de la participation par rapport au prix est touchée par les personnes qui abandonnent en raison du prix et celles qui abandonnent pour d'autres raisons [ce sujet sera débattu plus loin]).

Prévalence

L'analyse des taux de prévalence a été problématique. L'*Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada* (ESUTC) a fourni des données opportunes, fiables et continues sur l'usage du tabac et les enjeux connexes entre 1999 et 2002 tant sur une base annuelle que semestrielle. L'analyse des données annuelles chez la population de 15 ans et plus indiquait que l'écart des taux de prévalence entre 1999 et 2002 était important du point de vue statistique à l'échelle nationale (de 25 % à 21 %).

L'élasticité de la demande par rapport au prix pour chacun des groupes était de -0,21 (Canada), -0,25 (N.-B.) et -0,29 (Sask.). (Encore là, l'élasticité de la participation par rapport au prix est touchée par les personnes qui abandonnent en raison du prix, celles qui abandonnent pour d'autres raisons et celles qui ne commencent pas à fumer en raison de l'augmentation du prix.)

Pour ce qui est des personnes de 15 à 19 ans, à l'échelle nationale les taux de prévalence ont chuté, passant de 28 % en 1999 à 22 % en 2002. Cette diminution est de 21 % (six points de pourcentage) et significative du point de vue statistique. En ce qui touche les jeunes de 15 à 19 ans, l'élasticité de la participation par rapport au prix était de -0,27. Étant donné que les taux de prévalence à l'échelle provinciale sont à variables élevées, l'analyse de l'élasticité de la participation par rapport au prix n'a pas été évaluée à l'échelle provinciale.

Ventes

Les données laissent croire que, à l'échelle nationale, pour chaque augmentation de 10 % du prix, les ventes diminuent de 2,2 %. La diminution dans les ventes est attribuable à la fois à la réduction du nombre de cigarettes fumées par les fumeurs restants et à la réduction du nombre de fumeurs. Les données laissent croire qu'une augmentation de 10 % du prix entraînera une diminution de prévalence de 2,1 % chez les fumeurs de 15 ans et plus. Cela indique que le taux de prévalence n'a pas changé de 2,2 points de pourcentage (de 25 % à 23 %), mais que l'écart entre la prévalence du début et de la fin est de 2,2 % (de 25 % à 24,5 %).

Les décès liés au tabagisme

Le nombre de décès au Canada liés au tabagisme a augmenté entre 1989 et 1998; cette augmentation a été plus importante chez les femmes. Pendant cette période, les décès liés au tabagisme sont passés de 38 357 à 47 581 – ce qui représente une augmentation de 9 224 – dont 6 531 étaient des femmes.

Cette différence entre les sexes par rapport aux décès liés au tabagisme reflète le comportement de la population en matière de tabagisme deux ou trois décennies plus tôt. L'effet de la diminution de la consommation du tabac chez les hommes, à compter du début des années 1960, est reflété par un ralentissement vers le milieu des années 1980, puis d'une diminution continue dans les taux de cancer du poumon chez les hommes. (Le cancer du poumon a été la principale cause de décès liés au tabagisme de 1989 à 1998; les maladies cardiovasculaires sont maintenant les principales causes de décès liés au tabagisme.) En revanche, les taux de tabagisme chez les femmes ont atteint un point culminant à la fin des années 1970 et ont affiché une diminution plutôt faible au cours des trois dernières décennies. Les taux de mortalité liés au cancer du poumon chez les femmes ont plus que quadruplé entre 1969 et 1998, et sont prévus augmenter au cours des prochaines années avant de diminuer.

Le déclin important du taux de tabagisme au cours des 40 dernières années sera bientôt reflété dans le taux de décès liés au tabagisme. Bien que le taux de mortalité lié au tabagisme chez les hommes ait déjà atteint un point culminant (1888-1989), le taux chez les femmes continuera probablement de grimper, mais beaucoup plus lentement. De plus, le taux de cancer des poumons chez les femmes est prévu atteindre un point culminant moins élevé que celui des hommes. La mise en œuvre des mesures de lutte contre le tabagisme au cours des années 1970, 1980 et 1990 est l'un des facteurs les plus susceptibles d'avoir entraîné cette tendance.

Ventes de tabac par rapport aux tendances de prévalence

En 2003, afin de déterminer l'impact des changements de prix sur la consommation du tabac et la prévalence du tabagisme, Santé Canada a recueilli et analysé des données pertinentes (y compris les ventes mensuelles, les taux de prévalence annuels enregistrés, les indices de prix du tabac, les données sur la surveillance, etc.) provenant de partout au Canada pour la période allant de janvier 1999 à décembre 2002.

Elasticité des prix

Entre janvier 1999 et décembre 2002, le prix moyen des produits du tabac a augmenté de 75 % à l'échelle nationale. À l'échelle provinciale, l'augmentation des prix allait de 35 % à Terre-Neuve, à 85 % en Ontario. Pendant la même période, le commerce de gros annuel des cigarettes a diminué de 16 % à l'échelle nationale, affichant une marge allant de 7 % (Colombie-Britannique) à 27 % (Québec).

Usage du tabac, déterminants de la santé et anomalies de la santé

L'approche relative aux déterminants de la santé fournit un cadre utile pour l'examen de l'usage du tabac. Les déterminants de la santé (les facteurs qui interagissent de façon complexe et qui ont une incidence sur la santé des personnes) comprennent : le revenu et l'état social; le genre; la culture; l'éducation; les traits biologiques et génétiques. À la lumière des anomalies continues des tendances relatives à la santé au Canada entre les hommes et les femmes, les experts en lutte au tabagisme examinent les facteurs de genre (l'ensemble des caractéristiques culturelles particulières qui identifient le comportement social des hommes et des femmes et la relation entre eux) et de sexe (les différences biologiques entre les hommes et les femmes) qui influent sur l'usage du tabac.

Tendances relatives à la prévalence du tabagisme

À travers l'histoire, le taux de tabagisme a été plus élevé chez les hommes qu'il ne l'a été chez les femmes. Cependant, au cours des dernières décennies, la diminution de la prévalence du tabagisme a été plus prononcée chez les hommes. De 1965 à 2003, le taux chez les hommes est passé de 61 % à 23 %, par opposition à celui des femmes qui est passé de 38 % à 18 % pour la même période.

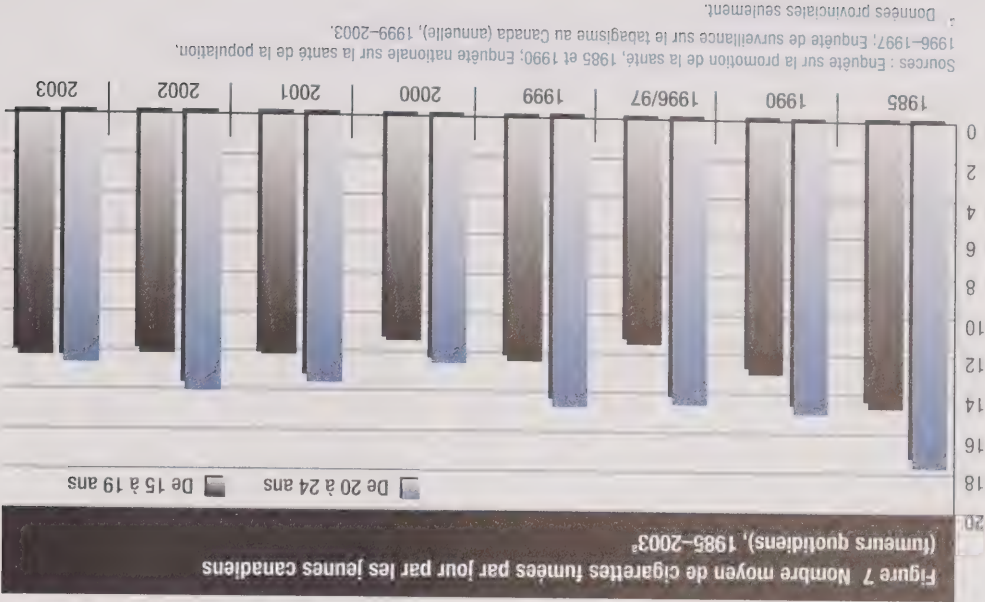
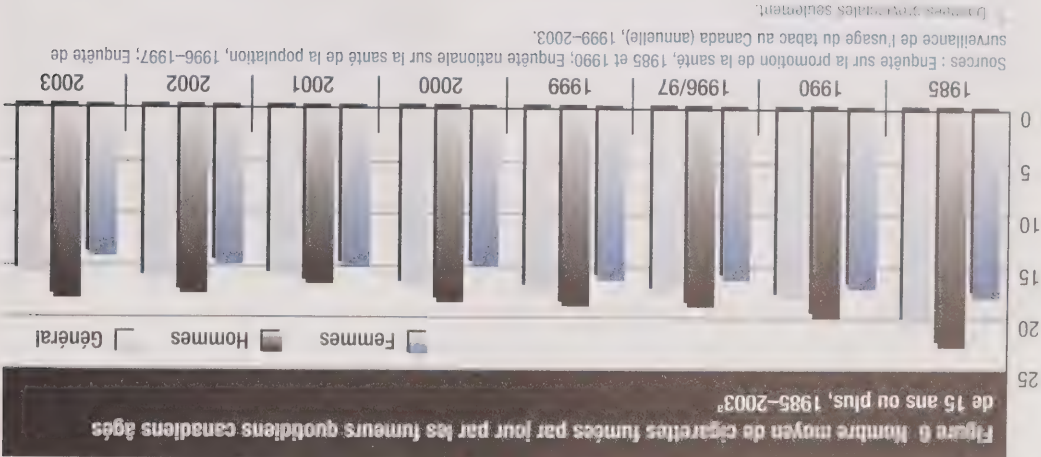
L'écart de la diminution du taux est probablement attribuable à deux phénomènes : (1) les hommes commencent généralement à fumer avant les femmes, et par conséquent, abandonnent le tabac plus rapidement par rapport aux femmes; et (2) le point culminant éventuel chez les femmes a probablement été supprimé pendant la période d'activités de lutte contre le tabagisme plus intensive (c.-à-d., la diminution chez les femmes fumeuses a été moindre puisque la croissance des femmes fumeuses a été moindre).

Les conséquences du tabagisme pour la santé

Bien que l'usage du tabac ait des conséquences semblables pour la santé tant chez les hommes que chez les femmes, (c.-à-d., le cancer des poumons et autres cancers, les maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux, les bronchites chroniques et l'emphysème), certains effets sont particuliers au sexe. Les hommes qui fument risquent de souffrir de dysfonction érectile et de diminution de la fécondité, tandis que les femmes risquent plutôt de souffrir d'avantage de maladies cardiovasculaires alors qu'elles utilisent un contraceptif oral, de diminution de la fécondité, du cancer du col de l'utérus, d'une ménopause précoce et de fractures des os. En outre, la consommation du tabac pendant la grossesse peut entraîner une naissance prématurée, la malformation du fœtus, l'insuffisance de poids à la naissance et l'accouchement d'un mort-né.

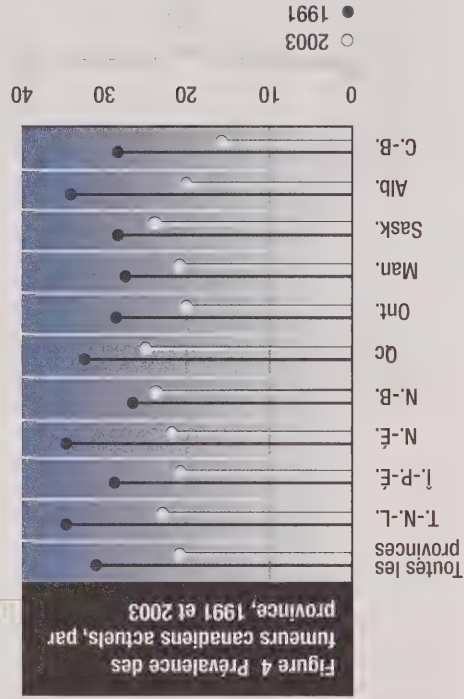
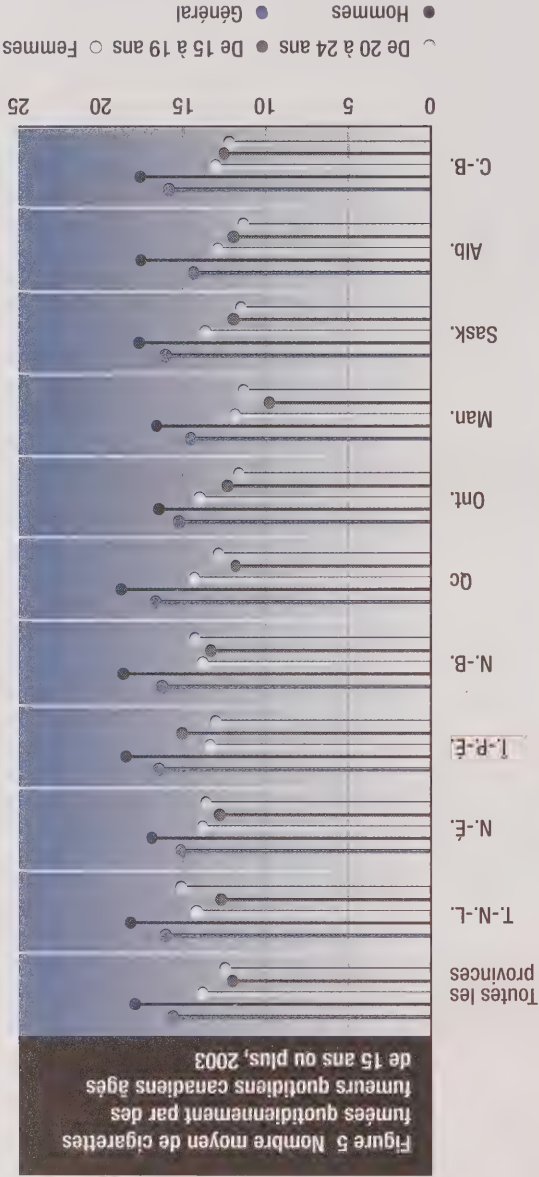
Consommation de cigarettes

Le nombre de fumeurs canadiens, tout comme le nombre de cigarettes consommées quotidiennement, a diminué. En 1985, les fumeurs quotidiens consommaient en moyenne 20,6 cigarettes par jour. Depuis, le nombre de cigarettes fumées a diminué de façon progressive pour atteindre 15,9 cigarettes par jour en 2003. Les hommes fument toujours davantage de cigarettes que les femmes : 17,3 cigarettes par jour pour les hommes et 14,0 pour les femmes. La plupart des fumeurs canadiens (58 %) ont indiqué consommer certains types de cigarettes dites « légères » ou « douces », comparativement à 42 % pour les cigarettes « régulières ».



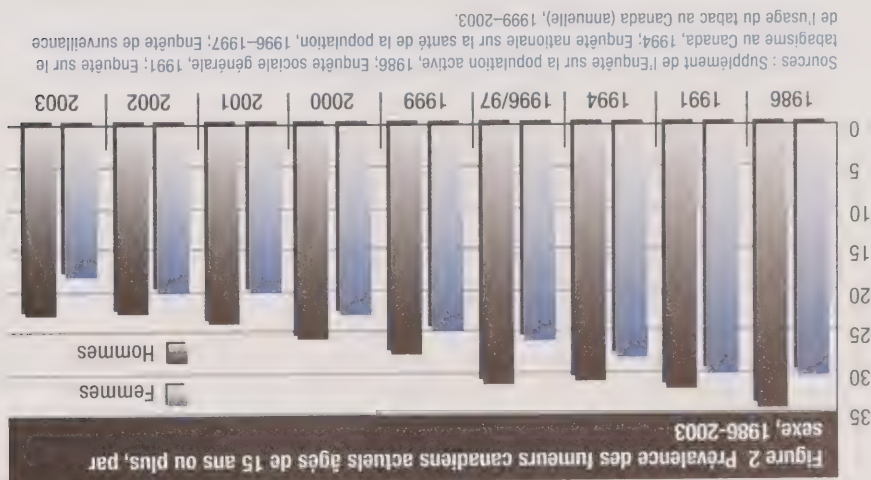
Depuis 1999, toutes les provinces ont vu leur taux de tabagisme diminuer. En 2003, la Colombie-Britannique est demeurée la province où le taux d'usage du tabac (16 %) était le plus faible, alors que le Québec accusait le taux le plus élevé (25 %). C'est au Québec également que le nombre moyen de cigarettes consommées par jour par les fumeurs quotidiens est le plus élevé (16,8), alors que le nombre le plus faible a été enregistré au Manitoba (14,6).

Figure 5 Nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement par des fumeurs quotidiens canadiens âgés de 15 ans ou plus, 2003

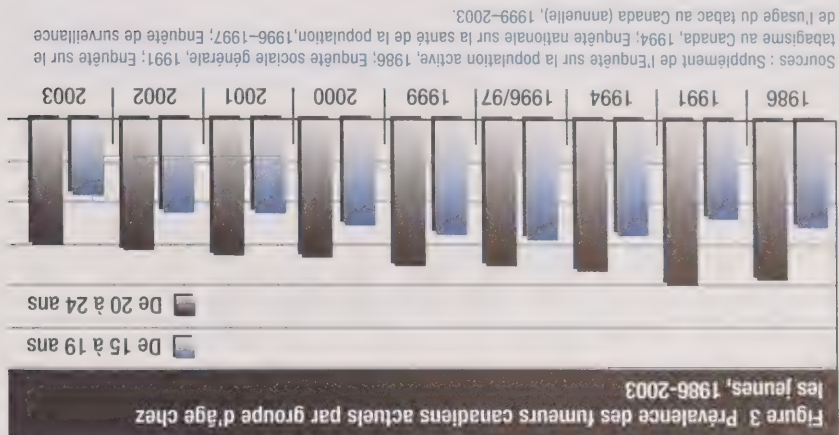


Sources : Enquête sociale générale, 1991; Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (annuelle), 2003.

Source : Enquête de surveillance sur l'usage du tabac au Canada (annuelle), 2003.



La baisse du tabagisme chez les jeunes de 15 à 19 ans s'est poursuivie en 2003 pour atteindre 18 %; 12 % des répondants ont mentionné être des fumeurs quotidiens et 7 % des fumeurs occasionnels. Ce taux marque une baisse par rapport au 22 % noté en 2002 et représente une amélioration de 10 points de pourcentage par rapport au taux de 28 % enregistré en 1999, lors de la réalisation du premier sondage de l'ESUTC. Un peu plus de filles que de garçons ont déclaré être des fumeuses (20 % par rapport à 17 %). Toutefois, chez les fumeurs quotidiens, les garçons fument légèrement plus de cigarettes par jour (13,0) que les filles (11,7).

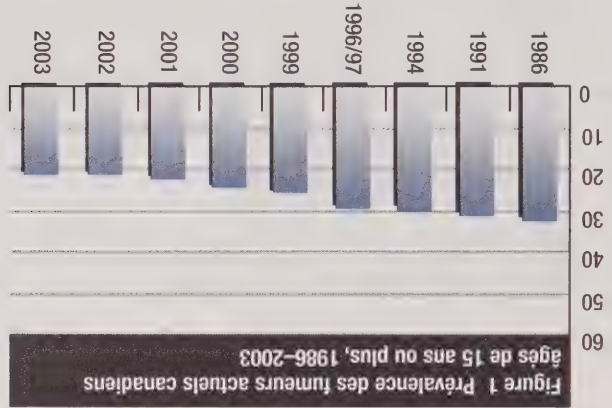


Le taux de prévalence du tabagisme chez les jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans était de 30 % pour 2003 (quotidiens [21 %] et occasionnels [9 %]), ce qui représente également une légère diminution comparativement à 2002 (31 %). Peu de différence a été constatée dans les taux de tabagisme quotidien entre les hommes (23 %) et les femmes (19 %) âgés de 20 à 24 ans. De façon générale, les jeunes adultes continuent de signaler le taux de tabagisme le plus élevé.

Une lutte efficace contre le tabagisme exige une étroite collaboration entre partenaires à la réalisation d'orientations stratégiques et d'objectifs communs. Cela nécessite l'intégration, la coordination et la complémentarité d'une panoplie de stratégies diversifiées. Les gouvernements fédéral / provinciaux / territoriaux et les ONG de lutte contre le tabagisme jouent un important rôle de meneur dans la création de mesures nationales. La réduction de la consommation du tabac exige une panoplie de stratégies diversifiées, y compris la recherche, les politiques et les composantes du programme, élaborées et coordonnées à l'échelle locale, provinciale / territoriale, nationale et internationale. Lorsque chaque ressort et organisation intéressées à lutter contre le tabagisme seront intégrés à l'ensemble du plan d'action, le Canada mettra en œuvre une stratégie efficace et globale.

La prévalence du tabagisme au Canada

Selon les derniers résultats de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) relatifs aux données recueillies entre février et décembre 2003, plus de cinq millions de personnes représentant environ 21 % de la population âgée de 15 ans et plus étaient des fumeurs. De la population générale de 15 ans et plus, 17 % fumaient quotidiennement.



Sources : Supplément de l'Enquête sur la population active, 1986; Enquête sociale générale, 1991; Enquête sur le tabagisme au Canada, 1994; Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997; Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (annuelle) 1999-2003.

Environ 23 % des hommes étaient des fumeurs, une proportion plus élevée que chez les femmes (18 %).

L'exigence selon laquelle le présent rapport simplifié doit comprendre un seul point par intervenant de la Stratégie nationale laisse croire que ces données seront présentées plus à fond dans le rapport détaillé de l'an prochain. Néanmoins, par sa mise en valeur d'exemples d'activités liées aux divers joueurs de la Stratégie, le Rapport 2004 vise à illustrer la gamme d'initiatives nécessaires pour lutter efficacement contre le tabagisme; à montrer la diversité des programmes mis en application dans le contexte de ces initiatives; et à souligner combien les aspects communs et complémentaires, inhérents à une stratégie nationale multipartite, contribuent à l'efficacité de la lutte contre le tabagisme.

Enfin, le présent Rapport vise à illustrer les exigences relatives à une réponse durable par rapport à l'usage du tabac, qui a continuellement rebondi lorsque les efforts ont été relâchés. Nous invitons tous les Canadiens à examiner attentivement la dynamique de la lutte contre le tabagisme au Canada, et à réfléchir à la formidable possibilité de réduire le taux de mortalité et les maladies attribuables au tabagisme, une possibilité qui se réalise actuellement – et qui se réalisera à l'avenir – en vertu de la stratégie *Nouvelles orientations pour le contrôle du tabac au Canada : une stratégie nationale*.

Le présent Rapport d'étape 2004 sur la lutte contre le tabagisme, *Aller vers l'avant*, constitue le quatrième rapport sur les réalisations liées à un cadre d'action contre l'usage du tabac qui a été entériné et mis en place en 1999 par les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux. La stratégie *Nouvelles orientations pour le contrôle du tabac au Canada : une stratégie nationale*, met l'accent sur des approches durables, globales, intégrées et collaboratives visant à réduire l'usage du tabac, et se fonde sur la responsabilité partagée de tous les niveaux de gouvernement – fédéral, provincial, territorial et local – et des organisations non gouvernementales (ONG). Le présent rapport énumère les activités de lutte au tabagisme effectuées de mai 2003 à mai 2004 dans le contexte de la stratégie nationale.

La Stratégie comprend quatre objectifs communs, notamment la prévention – empêcher les jeunes de commencer à fumer; l'abandon – aider les fumeurs à abandonner le tabac; la protection – assurer un environnement sans fumée; la dénormalisation – renseigner les Canadiens sur les stratégies de marketing et les tactiques de l'industrie du tabac, et sur les effets des produits de l'industrie sur la santé de la population canadienne. Ces objectifs guident les cinq orientations stratégiques de la Stratégie nationale, notamment la politique et la législation; l'éducation du public; la responsabilité de l'industrie et le contrôle des produits; la recherche, l'évaluation et le suivi; la création et le soutien des moyens d'action.

Le Rapport 2004 constitue une version concise, tel qu'il est prévu dans le contexte du programme de la Stratégie nationale eu égard à l'élaboration d'un rapport annuel sur les réalisations – alternant d'un rapport détaillé une année à un compte-rendu supérieur l'autre. Les indicateurs clés – la prévalence du tabagisme, la consommation du tabac – sont tirés des conclusions de l'*Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada* (ESUTC), effectuée par Statistique Canada pour le compte de Santé Canada.

Le présent rapport abrégé offre un aperçu des progrès réalisés en identifiant une seule activité ou initiative par gouvernement fédéral / provincial / territorial, gouvernement local ou organisation non gouvernementale à l'intérieur de l'un des domaines d'activités suivants : la politique et la législation; l'abandon et l'éducation du public; la responsabilité de l'industrie du tabac et le contrôle des produits; la recherche, l'évaluation et le suivi; la gestion de l'usage du tabac à l'intérieur des collectivités des Premières nations, des Inuits et des Métis.

De même cette année, le Rapport met en lumière une comparaison des politiques en examinant l'impact de l'élasticité des prix sur la consommation et la prévalence du tabagisme; ainsi qu'un examen des anomalies de la santé liées au genre (c.-à-d., les différences entre les sexes par rapport à l'usage du tabac et les différences selon le sexe relatives aux effets sur la santé du tabac et de l'exposition au tabac).

Table des matières

Sommaire	v
Résumé	1
Suivi des indicateurs clés	3
Prévalence du tabagisme au Canada	3
Consommation du tabac au Canada	6
Usage du tabac, déterminants de la santé et anomalies de la santé	7
Comparaison d'une politique : élasticité des prix, fumée secondaire et programmation relative à l'abandon du tabac	8
Progrès réalisés dans les orientations stratégiques	12
Politique et législation	13
Abandon, média de masse et éducation du public	14
Premières nations, Inuits et Métis	16
Responsabilité de l'industrie et contrôle des produits	17
Recherche, projets pilotes, évaluation et suivi	18
Création et soutien des moyens d'action	20
Conclusion	22

La lutte contre le tabagisme au Canada est stable. L'ensemble des taux de prévalence relatifs à l'usage du tabac au Canada enregistrés en 2003 étaient encore de 21 % (le niveau enregistré en 2002). Cela en soi est encourageant; cependant un examen plus minutieux révèle des changements positifs quant à l'usage du tabac à plusieurs niveaux. Le présent document annonce la bonne nouvelle.

Selon les derniers résultats de l'*Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada* (ESUTC), en vertu des données recueillies entre février et décembre 2003, plus de cinq millions de personnes, représentant environ 21 % de la population de 15 ans et plus, étaient quotidiennement. Ces statistiques sont inchangées par rapport aux taux enregistrés en 2002.

Mais pour la première fois en 10 ans, la consommation du tabac chez les jeunes a chuté à un niveau inférieur à celui de la population en général. La décroissance du tabagisme chez les jeunes de 15 à 19 ans a continué en 2003 pour atteindre 18 %, dont 12 % fumaient quotidiennement et 7 % fumaient occasionnellement. Cela est une décroissance par rapport au taux de 22 % en 2002 et représente une amélioration de 10 points de pourcentage par rapport au taux de 28 % en 1999, alors que la première ESUTC a été effectuée.

En outre, un plus grand nombre de Canadiennes et de Canadiens croient que le tabagisme devrait être interdit dans les restaurants et les bars. En 2003, la moitié (50 %) de tous les Canadiennes et Canadiens ayant exprimé leur opinion étaient d'avis que le tabagisme devrait être entièrement interdit dans les restaurants. Ce pourcentage est supérieur à celui de 44 % en 2002. Bien que les personnes en faveur des bars et des tavernes sans fumée soient en minorité, elles ont toutefois augmenté leurs rangs, passant de 28 % en 2002 à 34 % en 2003.

Il y a donc bien des raisons de célébrer, et à la fois très peu de raisons de lutter contre le tabagisme au Canada n'est pas une démarche raisonnable. La possibilité de réussir à simple – mais c'est une démarche raisonnable. La possibilité de réussir à lutter contre le tabagisme se concrétise, et la *Stratégie nationale* du Canada est conçue de façon à veiller à ce que cette réussite se maintienne.

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.
Santé Canada

Préparé par la communauté canadienne de la lutte contre le tabagisme :

le Groupe de travail sur la lutte contre le tabagisme du Comité consultatif
fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population et la protection
de la santé, en collaboration avec des organisations non gouvernementales.

Publication autorisée par le
ministre de la Santé

Also available in English under the title
*The National Strategy: Moving Forward, The 2004 Progress Report on
Tobacco Control*

On peut obtenir, sur demande, la présente publication sur disquette,
en gros caractères, sur bande sonore ou en braille.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2005
Cat. H46-2/04-385

ISBN 0-662-68641-1

La Stratégie nationale :

Aller vers l'avant

Rapport d'étape 2004 sur la lutte contre le tabagisme

2004

La Stratégie nationale :

Aller vers l'avant
Rapport d'étape 2004 sur la
lutte contre le tabagisme

2004